Travail de la Clinique Chirurgicale de l'Hospice de la Salpêtrière
(M. le Professeur A. Gosset)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N° 392

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

J. Luis E. de MORA

Né le 21 décembre 1894, à Lima (Pérou)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

Président : M. A. GOSSET, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930

Travail de la Clinique Chirurgicale de l'Hospice de la Salpêtrière
(M. le Professeur A. Gosset)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

J. Luis E. de MORA

Né le 21 décembre 1894, à Lima (Pérou)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

Président : M. A. GOSSET, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15
—
1930

DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
BINET . . . . Physiologie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ . . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentle
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX. . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
LIAN . . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MILLOT. . . Histologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale,
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. .	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
LÉRI . . .	Clinique médicale.	LE LORIER .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE CONTRE-AMIRAL, J. ERNESTO DE MORA

A MA MÈRE

Auxquels je dois tout. Modèles de droiture et d'honneur.

A MA SŒUR

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Chirurgien de la Salpêtrière
Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Président de la Société Nationale de Chirurgie
Membre de l'Académie de Médecine
Grand-Officier de la Légion d'honneur

Hommage d'infinie reconnaissance et de respect au Maître, au Chirurgien éminent, qui m'a accueilli avec tant de bienveillance dans son service comme assistant étranger ; qui m'a formé et m'a appris à aimer la chirurgie.

Tous mes remerciements pour le sujet de thèse qu'il m'a donné et qu'il me fait l'honneur de présider.

A Monsieur le Docteur HOVELACQUE

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Chef des Travaux pratiques d'Anatomie à la Faculté

Au Savant, à l'Anatomiste éminent qui nous a initiés dans son laboratoire avec une si cordiale bienveillance, et avec tant de méthode, aux travaux de dissection.

Hommage de profond respect et de gratitude.

A Monsieur le Professeur BÉRARD

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon
Officier de la Légion d'honneur

Qui m'a guidé de ses conseils au début de mes études alors que je faisais fonction d'interne dans son service à l'Hôtel-Dieu (1914-1915).

Toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BARJON

Médecin des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage de reconnaissance pour ses conseils précieux au cours de nos fonctions d'interne dans son service de l'Hôpital de la Croix-Rousse.

A Monsieur le Docteur SOUPAULT

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Qui m'a continuellement donné des preuves de son amitié, qui m'a toujours guidé de ses conseils expérimentés et auprès de qui j'ai trouvé un ami et un maître.

A Monsieur le Docteur LEIBOVICI

Prosecteur à l'Amphithéâtre des Hôpitaux de Paris
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Dont la compétence et l'amitié dévouées nous ont permis de terminer ce travail.

Nos remerciements les plus cordiaux.

A Monsieur le Docteur SAUVAGE

Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris

Expression de notre vieille amitié.

A Monsieur le Docteur I. BERTRAND

Chef du Laboratoire d'Anatomie pathologique
de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière
Directeur à l'Ecole des Hautes-Etudes

En hommage d'admiration pour sa haute compétence anatomo-pathologique, en gage de remerciement pour l'aide complaisante qu'il nous a accordée dans ce travail.

Aux Docteurs R. MONOD et J. CHARRIER

Chirurgiens des Hôpitaux de Paris

Au Docteur R. A. GUTMANN

Médecins des Hôpitaux de Paris.

Cordial hommage.

Aux Docteurs R. BERNARD, SEILLÉ,
et M. THALHEIMER

Chefs de clinique et Prosecteurs
de la Faculté de Médecine de Paris

A MES AMIS

MM. J. ELIAS de BONNEMAISON

Ingénieur des Ponts et Chaussées

MM. L. MENDIVIL, L. CASTRO MENDIVIL,

Docteurs en Médecine

Augusto DEL VALLE

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Le nombre des travaux qui ont paru sur les tumeurs solides de l'ovaire est immense et il serait fastidieux de les énumérer tous, un grand nombre d'entre eux ne présentant plus qu'un intérêt historique.

La première difficulté que l'on rencontre dans leur étude est d'en faire une classification simple et claire. On les a d'abord classées uniquement d'après leur allure clinique en tumeurs malignes et en tumeurs bénignes, puis on supèrposa à cette notion clinique les résultats de l'examen histologique.

Mais le nombre des variétés histologiques s'avéra bientôt considérable et il fallut mettre un peu de clarté dans les multiples dénominations que les divers auteurs donnaient aux tumeurs de l'ovaire. On invoqua alors une classification basée sur l'histogenèse et plusieurs modèles en ont été successivement proposés.

Nous avons basé notre étude sur un matériel de

24 observations recueillies dans les registres de la clinique chirurgicale de l'hôpital de la Salpêtrière et que notre maître M. le Professeur Gosset a bien voulu nous confier.

Nous avons colligé les observations de ces malades, étudié les comptes rendus opératoires. Nous avons examiné les coupes histologiques se rapportant à chacune de ces 24 observations, coupes qui étaient conservées dans le laboratoire d'anatomie pathologique que dirige avec tant de compétence M. le docteur Ivan Bertrand.

Nous tenons à lui exprimer ici nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il a dirigé nos premiers pas dans ces examens histologiques.

Nous avons classé nos 24 observations en conservant le cadre classique des tumeurs d'origine *conjonctive*, fibrome et sarcome, des tumeurs *épithéliales*,cancers et les tumeurs *hétérotopiques* formées par les tissus étrangers à l'ovaire normal. Pour les tumeurs épithéliales nous avons plusieurs façons de les ranger. Nous avons adopté la classification présentée par Ménétrier, par Forgue et Massabuau qui se basent sur les récentes acquisitions concernant l'embryologie de l'ovaire.

Les travaux de Masson ont appliqué à l'histogenèse des tumeurs solides de l'ovaire la notion féconde des poussées germinatives successives dans l'épithélium ovarien, introduite par Waldeyer.

Chacune de ces poussées peut donner lieu au développement d'une tumeur aux dépens des reli-

quats épithéliaux embryonnaires qui restent inclus dans l'ovaire et c'est ainsi que nous décrirons avec quelques détails le *séminome* et le *chorio-épithéliome*.

En plus de nos 24 observations nous avons basé notre étude sur l'abondante documentation bibliographique concernant les tumeurs solides de l'ovaire.

Notre moisson a été fort riche et cependant nous n'avons pas fait l'ambition de n'avoir fait aucune omission et d'avoir consulté tous les travaux publiés à ce sujet.

C'est ainsi qu'à titre documentaire nous rapporterons qu'Auguste Mayer, dans le gros traité allemand de *La pathologie de la femme* publié récemment par Halban et Seitz ne donne pas moins de 60 pages de bibliographie à la fin de son article sur les tumeurs de l'ovaire.

Nous nous sommes attachés à étudier surtout les travaux les plus importants et nous avons arrêté notre bibliographie à 1910. Pour la bibliographie antérieure à cette date, nous renvoyons aux divers ouvrages classiques ou les divers manuscrits dont nous nous sommes inspirés pour la rédaction de ce travail et parmi lesquels nous mentionnerons tout spécialement le rapport de Mériel au Congrès de Gynécologie de 1910 à Toulouse, le travail de Massabuau et Etienne sur le cancer primitif de l'ovaire paru en 1913 dans la *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*. Le traité classique de Forgue et

Massabuau dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, l'article de August Mayer et l'article de Sternberg parus tous deux dans le Traité de Gynécologie allemand récent de Alban et Seitz.

Les microphotographies, aussi bien que nos clichés microscopiques illustrant notre travail, ont été faits dans le Laboratoire de Photographie de la Clinique chirurgicale de M. le Professeur Gosset.

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CHAPITRE PREMIER

I. — TUMEURS CONJONCTIVES

1. Fibromes de l'ovaire.

Ce sont des tumeurs relativement fréquentes : sur les 24 observations que nous rapportons, 10 cas sont des fibromes de l'ovaire. A son début le fibrome de l'ovaire n'est pas comme un fibrome utérin, un noyau isolé dans le parenchyme glandulaire ; c'est plutôt une lésion diffuse à laquelle tout l'organe participe.

Volume. — Les formes typiques s'observant le plus souvent, constituent des tumeurs dures, de volume variable, allant de la grosseur d'une noix jusqu'à dépasser une tête d'enfant (Geisler) ou adulte (Kraul), qui peuvent arriver à atteindre un poids très considérable (Cas de Nagel : 33 livres 1/2, cas de Spiegelberg : 30 kilos), à dépasser même 40 kilos. Le cas de Vautrin présentait une circonférence de 95 cm.

Même avec un volume considérable, ces tumeurs

arrivent à garder plus ou moins la structure d'un ovaire normal (Munde), seul le hile est plus souvent rétracté et rappelle celui d'un hile rénal (Léopold). Leur surface est lisse ou bosselée, lobulée, sillonnée de veines bleuâtres, rarement régulière.

Consistance. — Par suite de leur dureté considérable, elles sont difficiles à inciser ; à la coupe elles se montrent sur toute l'étendue *solides*, ou contenant des *cavités kystiques* plus ou moins grandes. Cliniquement on désigne alors ces dernières comme *fibromes kystiques* et les premières *fibromes solides*.

La surface de section est blanc tendineux ou blanc jaunâtre, ou blanc rougeâtre et montre des tractus fibreux ou des faisceaux fibreux en réseaux et s'entrecroisant, fermes, blancs.

Les fibromes solides peuvent se présenter *diffus* sur tout l'ovaire, tantôt *localisés* à certains endroits déterminés de l'ovaire.

Siège. — Les fibromes localisés siègent souvent sur les parties marginales et ont une certaine prédilection pour le pôle ovarien latéral (Virchow, Hellendall).

En général ces tumeurs sont *unilatérales* ; Mayer n'a jamais rencontré de fibromes bilatéraux (Basso, Ravane). Par contre, cette bilatéralité, serait de 10 à 25 % pour Krömer ; d'après ce dernier auteur, la bilatéralité se produirait particulièrement en cas de présence simultanée de troubles évolutifs et d'hermaphrodisme ou de myomes utérins, qu'on trouve dans 26,6 % des cas. Pour Pfannenstiel, cette

bilatéralité se produirait dans 1/5 des cas. Sur 19 fibromes recueillis par Léopold, 3 étaient bilatéraux. Sur nos 10 cas, nous avons observé deux fois la bilatéralité de la tumeur.

Ces tumeurs présentent une grande analogie avec des fibromes durs d'un autre siège, par exemple, les fibromes de la paroi abdominale. Souvent elles présentent des altérations de diverses sortes. Fréquemment il y a *imprégnation œdémateuse*, qui dans bien des cas peut atteindre un degré si élevé, qu'il se produit des interstices et des lacunes irréguliers, limités, petits et grands, remplis d'un liquide clair, séreux. En cas d'imprégnation diffuse la coupe prend un aspect gélatineux qui masque une transformation muqueuse et donnant lieu à la désignation erronée de fibrome myxomateux ou de myxofibrome (Hees).

Dans certains cas la tumeur contient de très nombreux et de très larges vaisseaux sanguins ou lymphatiques, de sorte qu'on peut parler d'un fibrome hémangioectasique ou lymphangioectasique. Si par suite de troubles nutritifs, il se produit dans la tumeur des nécroses, des segments plus ou moins grands peuvent se ramollir et apparaître, brun pâle ou brun foncé ou rouge brun ; dans de pareils segments la structure striée n'est visible en général que d'une manière incertaine ou même elle se trouve complètement disparue. Au cours du développement ultérieur, des segments plus ou moins grands peuvent complètement dégénérer et

présenter des cavités remplies de masses friables. Amann a vu dans un pareil cas se produire une hémorragie mortelle.

Assez souvent, on voit des dépôts calcaires dans les fibromes, souvent sur une grande étendue, parfois aussi de l'ossification, fibrome ostéoïdes ou osseux (Frankl).

Les fibromes chez lesquels on ne retrouve aucun reliquat ovarien macroscopique ou microscopique, sont désignés comme *fibromes diffus*. Cependant il y a aussi des tumeurs d'une même structure, qui forment des noyaux localisés disposés à l'intérieur de l'ovaire, nettement limités par rapport au tissu intact et qu'ils compriment (fibromes « énucléables », Scanzovic).

Souvent de pareils fibromes siègent dans les parties marginales, peuvent parfois être complètement séparés de l'ovaire, n'être seulement en liaison avec celui-ci que par un *mince pédicule* (par exemple Penkert, Flaischlen). Si le pédicule se déchire, la tumeur paraît naître d'un ovaire accessoire (Gustafson).

Relativement fréquemment (36,6 % des cas d'après Lippert, 21,4 % des cas d'après Mauthner, Ravano 20 %, Mayer 13,3 %), il y a *torsion du pédicule* qui en cas de durée prolongée, par suite de la torsion des vaisseaux afférents et efférents, a comme conséquence la nécrose et l'infarctus hémorragique de la tumeur (Mauthner). Nous avons observé une fois cette torsion du pédicule.

Dans un assez grand nombre de cas on observe de *l'ascite*.

D'après Glockner, Lippert, Ravano, Elfer, Cahlmann elle serait même très fréquente (72,7 %) pour Henry (40 %). Cette ascite en général est modérée ; les grosses ascites sont extrêmement rares avec les fibromes de l'ovaire. Le cas de Stuth contenait 25 litres, celui d'Olshausen 22 litres 1/2, celui de Mestits 16 litres. Sur nos 10 cas de fibromes, trois présentaient de l'ascite dont une était hémorragique et très abondante.

Diverses hypothèses ont été émises concernant cette ascite : Schauta suppose des processus de stase dans les vaisseaux du ligament large, comme facteur étiologique. Pfannenstiel incrimine des produits toxiques, dus à des processus régressifs de la tumeur elle-même ; Amann, Herbst, se rallient à la même conception. Cependant c'est l'hypothèse de Olshausen qui semble la plus vraisemblable ; cet auteur considère que l'ascite serait due à une irritation mécanique du péritoine due à la surface dure de la tumeur. Enfin, Kermann suppose que la tumeur par elle-même serait la source du liquide ascitique.

L'aspect histologique du fibrome de l'ovaire est nettement uniforme. Le *fibrome pur* peut exister réellement (Spencer Wells, 6 cas. Tchakinakoff, Cornil).

Les tumeurs sont composées de fibres conjonctives, diversement larges, disposées en faisceaux,

qui s'entrelacent dans diverses directions, et sont plus ou moins riches en cellules. Elles contiennent des vaisseaux sanguins à parois minces en nombre variable ; parfois ces derniers sont si larges, qu'il se produit des grandes cavités lacuniformes, à parois minces (fibroma haemangioectaticum).

En cas d'une richesse cellulaire très considérable, la différenciation peut être très difficile avec les sarcomes à cellules fusiformes.

Variétés. — On peut distinguer comme forme particulière du fibrome, à la surface de l'ovaire, le *fibrome papillaire superficiel*, qui forme de petites tumeurs proéminentes en forme de champignons avec une surface lisse ou bosselée ou papillaire.

C'est seulement dans une infime partie des cas qu'on trouve des petites formations de la structure décrite jusqu'ici, qui se développent dans les couches marginales de l'ovaire et qui bombent la surface épithéliale, ce sont des *fibromes purs* ; en général pour ces tumeurs, il se présente non seulement une prolifération conjonctive mais également une prolifération épithéliale de sorte que comme les papillomes d'autres organes elles sont à comprendre parmi les *tumeurs fibro-épithéliales* et comme telles discutées dans ce chapitre. C'est le *fibro-myome* qui est la forme la plus fréquente. De consistance moins dure, de coloration plus rougeâtre, les faisceaux des fibres musculaires lisses s'entrecroisent avec les faisceaux de fibres conjonctives. Proliférations conjonctives jeunes plus impor-

tantes. On peut mentionner également ici le « *fibrome adéno-kystique* » (Frankl) qui contient à l'intérieur de la masse conjonctive des formations glandulaires, des cordons cellulaires solides, des tubes cellulaires et des kystes de diverses grandeurs. Les nids cellulaires sont constitués d'éléments épithéliaux, de même les kystes ont un revêtement épithélial (cellules en partie cubique, en partie épithélium pavimenteux).

D'après Fleischmann, les aspects histologiques éveillent souvent la supposition, comme si les segments épithéliaux provenaient de l'épithélium du follicule de Graaf ; d'autre part les formations papillaires et la présence des cellules caliciformes font penser à une genèse tératoïde. L'origine dans les follicules de Graaf est à rejeter, le fibrome adéno-kystique appartient plutôt au groupe des *hamartomes* (dans le sens de Eug. Albrechts).

Orthmann a présenté sous le terme de *adénofibrome colloïde*, une tumeur, où se trouvaient inclus dans un tissu conjonctif fibrillaire, solide, des cavités glanduliformes bordées d'un épithélium dégénéré en colloïde. Dans un autre cas (tumeur dure, du volume d'une tête d'homme avec des parties molles, mucilagineuses) il a vu à un endroit une transformation cancéreuse et par suite il parle d'un *adénofibrome kystique cancéreux*.

Une formation particulière s'est présentée dans une observation de Adler. L'ovaire dépassait le volume d'un œuf de pigeon, était très compact et

dur, avec une surface lisse brillante. A la coupe, on ne voyait aucune différence entre la corticale et la médullaire, plutôt une surface de coupe complètement uniforme, où l'on voyait de nombreuses lacunes très petites, arrondies ou des fentes allongées. Histologiquement tout l'ovaire s'est montré transformé en une tumeur, qui révéla exactement les mêmes faits qu'un fibrome intracanaliculaire du sein ; seulement dans les parties périphériques de la tumeur, étaient dispersés dans le stroma quelques follicules primordiaux. Adler décrit sa tumeur, d'après son aspect histologique comme *adénofibrome intercanaliculaire de l'ovaire* et la fait dériver des reliquats de l'époophoron.

Hofstatter discutant sur le fibroadénome, admet que cette forme de tumeur peut apparaître indépendamment comme trouvaille accessoire dans d'autres tumeurs de l'ovaire, particulièrement dans les kystadénomes.

Sternberg a constaté assez souvent dans les kystomes papillaires, un aspect présentant une certaine analogie avec les fibromes intercanaliculaires du sein. Toute tumeur, qui est entièrement composée de pareilles formations, devra être considérée d'après cet auteur, comme hamartome.

D'après Rokitansky les fibromes de l'ovaire proviendraient du corps jaune ; il s'agirait d'une dégénérescence du corps jaune en une « tumeur fibreuse ».

« Elle est constituée en une prolifération exces-

sive du corps jaune et de la persistance de celui-ci, sous forme d'un noyau rond, tubéreux,fibreux du volume d'une noix enfermé dans une coque plus ou moins nettement représentée, où l'on peut reconnaitre une corticale plissée, dentelée et se différenciant d'elle, une masse nucléaire comprenant un cavum rempli de sérum.

D'après cette description qui se couvre entièrement par celle de Orth dans son traité, il s'ensuit que Rokitansky pensait à des formations, qui aujourd'hui ne peuvent plus être conçues comme des blastomes. Cette conception de Rokitansky est abandonnée depuis que Seitz a soumis à une critique serrée toutes les néoformations de cette origine (Voigt, Wendeler).

Fréquence. — Par rapport aux autres tumeurs ovariennes, les fibromes sont beaucoup plus rares. Sur 1000 laparotomies gynécologiques Kelly en a trouvé 4 cas ; Hunner sur 9400 en a trouvé 9. Pour Martin, Pfannenstiel, Dartigues ils formeraient 2 à 3 % des tumeurs de l'ovaire. Sur 192 kystes de l'ovaire, Vautrin a relevé 5 cas de fibromes. Sur 49 tumeurs solides Briggs a relevé 1 fibrome. Larnaudie sur 114 tumeurs solides a trouvé 27 fibromes de l'ovaire. Sur 76 autopsies, Patenko a constaté 12 fois des noyaux fibreux ovariens atteignant parfois le volume d'un œuf de poule.

D'après une statistique de Basso :

Léopold sur 59 tumeurs de l'ovaire trouva 19 fibromes purs (dont 3 ossifiés).

Olshausen sur 293 tumeurs de l'ovaire, 6 fibromes et 2 fibroadénomes.

Stratz sur 200 cas, 3 tumeurs dermoïdes.

Orthmann sur 327 tumeurs ovariennes, 10 fibromes.

En accord avec ces chiffres, se trouvent les récents résultats des recherches de *Mauthner*, qui sur 682 tumeurs ovariennes a trouvé 36 tumeurs dermoïdes, dont 13 fibromes = 1, 9 %.

De la même clinique (Peham, deVienne) pour une période antérieure Schauta évalue les fibromes par rapport aux autres tumeurs de l'ovaire dans le rapport de 1, 5 %.

Nous, sur 24 cas de tumeurs solides de l'ovaire nous avons relevé dix cas de fibrome.

Age.— Ces tumeurs surviennent à tout âge. On en a observé entre 5 et 80 ans. Léopold a pu relever 13 cas de 5 à 30 ans, puis 4 de 30 à 40 ans. Zumbiecki constate que les fibromes constituent les 3/5 des tumeurs solides après 30 ans- Sur 59 cas, Puech a vu 4 cas au-dessous de 20 ans, 44 entre 20-50 ans, 11 au- dessus de 55 ans.

Basso trouve une prédominance entre 26 et 30 ans. Mayer l'a constatée à la ménopause dans 28,6 % des cas.

Nous n'avons pas observé de sarcomes fibroblastiques vrais de l'ovaire. Ce sont des tumeurs certainement beaucoup plus rares que les fibromes et la difficulté fréquente de l'interprétation histologique exacte de certaines tumeurs de l'ovaire, rend beau-

coup d'observations et de statistiques anciennes discutables. Nous rapportons ici quelques statistiques parmi les plus importantes en faisant remarquer qu'elles englobent souvent d'autres variétés que les sarcomes fibroblastiques, en particulier le lymphosarcome dont nous rapportons un cas.

2. Sarcomes.

Fréquence. — Pour Forgue et Massabuau, la fréquence des sarcomes serait la même que celle des fibromes : 3,87 % des tumeurs de l'ovaire (Wohlgemuth) ; elle serait un peu moindre que celle du cancer : 5,08 %. Par contre Boursier et Auvray affirment que les sarcomes de l'ovaire sont beaucoup plus fréquents que les fibromes : 6 sur 15 tumeurs solides (Heim) ; 20 sur 75 (Dartigues) ; 107 sur 2314 tumeurs ovariennes : 4,62 % (Derbacemdiker-Zarchi).

Les sarcomes primitifs par rapport aux autres tumeurs de l'ovaire d'après divers auteurs sont variables :

Velito	7,5 %
Stander	6,78 %
Krömer	5,38 %
Jungmann	4,7 %
Ravano	4,29 %
Heine	3,87 %
Lippert	2,51 %
Eckler	1,81 %
Mauthner	1,6 %
Schröder	1,6 %

Stubler et Brandess sur 682 tumeurs de l'ovaire, 22 sarcomes, soit 3,2 % (clinique Mayer).

Pour Sternberg, les vrais sarcomes seraient des tumeurs rares, solides ou compactes, avec une surface relativement régulière de sorte qu'à première vue, ils auraient l'apparence de « simples hypertrophies ».

Age. — Il est remarquable de constater que les sarcomes se produisent relativement souvent chez de jeunes sujets, même des enfants (Kaufmann, Page et Mac Burney). Lesage et Giraut en ont même étudié le sarcome de l'ovaire chez le nourrisson ; Hubert sur 200 cas en a trouvé 6 chez des fœtus.

Le maximum de fréquence serait au-dessous de 15 ans et entre 25 et 45 ans. Zangenmeister l'admet à la puberté et à la ménopause. Pour Themesvay l'âge moyen serait de 32 ans, tandis que Mayer trouve 42 ans 1/2.

Siège. — En général ils sont unilatéraux ; cependant dans 30 % des cas et surtout chez l'enfant ils sont bilatéraux ; on ne peut dire s'il s'agit de tumeurs primitives pour les deux ovaires ou ce qui est encore probable d'une métastase pour le second ovaire.

D'après diverses statistiques on trouve en ce qui concerne la bilatéralité les pourcentages suivants :

Ravano	43,3 %
Pick	39,5 %
Stan er	35 %
Heinrichs	28,5 %
Warmuth	27,9 %
Katzenstein	26,9 %
Stubler et Brandess	40,9 % (9 cas sur 22).

Suivant les cas, le sarcome est pelvien ou abdominal, comprimant ou refoulant les organes voisins, contractant souvent des *adhérences* avec eux, et surtout avec le péritoine, l'épiploon, l'intestin. Dans 36 % des cas, le sarcome présente des adhérences ; dans 32 % des cas, il y a des *métastases*. Celles-ci, par ordre de fréquence en plus du péritoine se montreraient dans : l'utérus, les trompes, l'estomac, le foie, l'intestin, les poumons, le diaphragme, les reins, l'ombilic, la colonne vertébrale, le tissu sous-cutané. En cas d'envahissement du péritoine, il se produit une péritonite sarcomateuse (Cornil).

L'*ascite* presque toujours constante, abondante et à caractère hémorragique (Forgue et Massabuau), d'après Krömer serait dans 60-70 % des cas, alors que Mayer ne la constate que dans 9 % des cas.

Macroscopiquement cette tumeur ressemble au fibrome, mais plus brillante, plus régulière, de consistance plus molle, avec une paroi très friable. Sa rupture peut donner issue à des matières mi-solides rappelant la substance cérébrale.

Le *volume* est variable, il peut atteindre et dépasser la tête d'un adulte et dans certains cas, le volume est tel, que la tumeur emplit l'abdomen. Le cas de Lockart pesait 5.140 grammes, celui de Villaret 7 kilogrammes.

Leur *coloration* en général va d'un blanc rougeâtre au blanc jaunâtre. Plus la tumeur est ancienne et d'autant plus la coloration rougeâtre régresse et la coloration jaunâtre domine ; avec un

développement rapide, il se produit des troubles de nutrition avec une dégénérescence graisseuse.

L'aspect à la coupe est des plus variables : On note des foyers de ramollissement ou des dilatations des vaisseaux lymphatiques pouvant donner lieu à des formations cavitaires donnant une image kysto-adénomateuse. La dilatation des lymphatiques peut donner lieu à un aspect poreux vermoulu.

Ces tumeurs sont toujours pédiculées. Les sarcomes peuvent se classer en sarcomes *primitifs* et en sarcomes *secondaires,* mais en général on ne les distingue que d'après leur aspect. On peut distinguer diverses variétés de sarcomes mais par suite de l'incertitude du diagnostic, de la variabilité de la nomenclature, les statistiques sont peu utilisables.

D'après une statistique de Wolff on trouve dans la littérature sur :

100 sarcomes de l'ovaire :

44 sarcomes fusocellulaires.

4 fibro-myxosarcomes.

38 sarcomes alvéolaires.

5 sarcomes à cellules mixtes.

3 mélano-sarcomes.

2 sarcomes naissant des cellules folliculaires ou lutéiniques.

1 ostéosarcome.

1 sarcome du type cellulaire embryonnaire.

Le type des sarcomes fusocellulaires serait pour cet auteur incertain, il y aurait grande vraisem-

blance que les sarcomes alvéolaires forment la majorité de ces tumeurs.

A la clinique de Heidelberg, Wolff a trouvé sur 14 sarcomes et 3 endothéliomes, seulement 4 sarcomes alvéolaires.

Histologiquement les deux variétés les plus fréquentes sont les sarcomes alvéolaires et les sarcomes fusocellulaires ou fasciculé, sur lesquels nous insisterons particulièrement.

Origine. — En ce qui concerne l'*origine* des sarcomes, elle est encore obscure. Forgue et Massabuau constatent que cette tumeur se développe par suite de :

a) La dégénérescence d'un fibrome.

b) Secondaire à un sarcome de l'utérus.

c) Plus souvent il se développe primitivement dans l'ovaire.

Les sarcomes peuvent prendre naissance, aux dépens du *stroma ovarien* ou de la *thèque des follicules,* ou encore des *restes congénitaux inclus dans la glande* (Wolff).

Pour Klemperer, des sarcomes naîtraient des cellules proliférées de la thèque interne des folficules en voie d'atrésie ou atrésiées.

Sarcomes alvéolaires. — Cette forme, pour certains auteurs, relativement la plus fréquente, a une consistance médullaire et à la coupe permet de reconnaître une structure grossièrement lobulée.

Coloration. — Varie de blanc-rougeâtre, blanc grisâtre au blanc.

Souvent, déjà à l'œil on peut reconnaître des segments nécrotiques plus ou moins étendus, marqués par une coloration jaunâtre où brun pâle et une mollesse particulière.

Olshausen considère comme caractéristique la qualité compacte de la plus grande partie de la tumeur, la friabilité particulière du tissu, la surface lisse de la coupe et la coloration jaunâtre tout à fait régulière. Wolff a particulièrement étudié le sarcome alvéolaire d'après 4 cas, qu'il caractérise par la présence de grosses cellules rondes à aspect épithélial.

D'autres auteurs désignent ces tumeurs comme des sarcomes à grosses cellules (Gibbon Curtis, Phocas, Donhauser). C'est dans ces sarcomes qu'on rencontre des cellules géantes.

A l'examen histologique, ces tumeurs montrent une composition tout à fait régulière. Elles possèdent en général une structure alvéolaire marquée, où des amas de cellules, plus ou moins gros, se trouvent entourés par des parois conjonctives larges et étroites. A partir de ces septas, où courent des vaisseaux et où se trouvent assez souvent des amas de cellules ayant le caractère de lymphocytes, il s'étend des fines fibrilles dans les alvéoles, formant là un réseau.

Dans ce réseau, il y a des cellules rondes, relativement grosses, avec un noyau relativement pur, en général complètement rond, plus rarement oval ou un peu polymorphe, se colorant intensément et un

protoplasma clair, relativement abondant. Dans le noyau on voit en général un réseau chromatinien épais et un nucléole plus ou moins placé excentriquement. Le protoplasme est parfois vacuolisé, comme spongieux et présente souvent très nettement une relation avec un réseau délicat, où sont disposées les cellules. Dans l'intérieur des alvéoles se trouvent des vaisseaux abondants à parois minces, qui limitent directement les cellules parenchymateuses décrites de la tumeur, entourées comme par un manteau par plusieurs assises de ces cellules. On trouve parfois aussi à l'intérieur des alvéoles, notamment dans le voisinage des capillaires, des traînées étroites de petites cellules rondes ayant le caractère de lymphocytes. Des foyers plus ou moins limités de la tumeur, reconnaissables déjà macroscopiquement sont nécrosés, souvent complètement sans structure; parfois on trouve aussi des segments fibreux, où dans des foyers conjonctifs compacts on ne trouve que de rares nids cellulaires. Là on trouve également en quantité variable des dépôts de chaux, tantôt sous forme de mottes à arêtes irrégulières, tantôt sous forme de corps à couches concentriques (corpura arenaria).

Ce tableau est en général dans sa totalité très caractéristique, cependant dans certains cas, la structure alvéolaire et la qualité des cellules ont pu donner lieu à des confusions avec des cancers et inversement ; en outre des sarcomes avec des tumeurs de la granulose.

Sarcome fusocellulaire ou sarcome fascicule. — Alors que Frankl et Mauthner, Steinberg et d'autres considèrent que parmi les diverses formes de sarcomes, les formes adultes, c'est-à-dire les sarcomes fusocellulaires seraient plus rares que les formes jeunes, tels que le sarcome alvéolaire, Forgue et Massabuau, Boursier et Auvray, Glockner et Lippert ne sont pas de cet avis. Sur 22 sarcomes, Mayer a pu constater 12 sarcomes fusocellulaires. Ce sont des tumeurs en général bosselées, ovalaires, qui se montrent à la coupe, filamenteuses, fasciculées.

Virchow définit ce sarcome comme une formation nettement définie dont le tissu appartient à la série des substances conjonctives, qui se différencie des groupes conjonctifs nettement tranchés par le développement prédominant des éléments cellulaires.

D'après Sternberg cette contradiction résiderait dans le fait qu'on a étendu le terme des sarcomes, à des tumeurs qui n'en feraient pas partie, tels que certains fibromes décrits comme *fibro-sarcomes,* ce qui augmenterait en apparence la fréquence des sarcomes fusocellulaires. Ce terme de fibrosarcome, en anatomo-pathologie devrait s'appliquer au sarcome fusocellulaire, chez lequel la formation de la substance intermédiaire serait plus abondante et où réellement la substance fondamentale serait filamenteuse (analogue aux fibromes). Par conséquent, le fibro-sarcome serait un sous-groupe de sarcome fusocellulaire ; il représente un sarcome avec une

maturité tissulaire plus grande et forme également un degré intermédiaire entre le sarcome et le fibrome riche en cellule. On y constate des fentes vasculaires nombreuses, dilatées ; la paroi est réduite à un mince endothélium et les éléments sarcomateux, s'ordonnent assez régulièrement autour d'eux.

C'est ainsi que le *périthéliome*, décrit par Eberth ayant pour origine l'endothélium des gaines lymphatiques péri-vasculaires, ne serait d'après Forgue, Lecène, qu'un *sarcome à disposition péri-vasculaire particulièrement marquée*. On distingue une forme *alvéolaire* et une forme *diffuse*.

Le diagnostic différentiel histologique entre le sarcome fusocellulaire et le fibro-sarcome est très difficile ; et à ce sujet écrit Sternberg, la littérature médicale révèle souvent des diagnostics erronés. Ce fait expliquerait, d'après cet auteur, la bénignité relative admise par certains, concernant les sarcomes fusocellulaires et les fibro sarcomes de l'ovaire.

Si on accepte cette conception de Sternberg, les sarcomes fusocellulaires et les fibrosarcomes de l'ovaire seraient beaucoup plus rares que les sarcomes alvéolaires. Krömer est également de cet avis, il considère le sarcome fusocellulaire comme très rare ; de même Frankl.

La description histologique de ces tumeurs se confond complètement avec celle des sarcomes fusocellulaires d'autres localisations de l'organisme.

La différenciation avec des fibromes riches en

cellules, résidera dans la preuve de la prolifération cellulaire interne, qui ne va pas de pair avec la formation de la substance intermédiaire, de même qu'avec l'*atypie* des cellules (surtout concernant la grosseur, la structure et la colorabilité des noyaux). Cette dernière propriété conditionne l'apparition de formes cellulaires polymorphes. On trouve de pareilles cellules presque toujours dans les sarcomes fusocellulaires ; parfois elles sont cependant présentes en plus grand nombre, si bien qu'il peut se présenter une rangée continue se trouvant être des sarcomes à cellules fusiformes pures, à l'une des extrémités, et à l'autre, des sarcomes avec des cellules polymorphes, pour lesquels bien des fois on emploie le terme de sarcomes à *cellules mixtes* ou *poly-morphocellulaires*.

Forgue et Massabuau citent également le sarcome *globocellulaire*, forme de sarcome plus rare, constituant de volumineux sarcomes, de consistance molle, à croissance rapide, enveloppés d'adhérences et accompagnés d'une abondante ascite hémorragique.

Souligoux a rapporté un cas de *sarcome de l'ovaire à myéloplaxe*, sarcome caractérisé par l'abondance et la disposition particulière des cellules géantes multinucléées appelées *myéloplaxes*.

Les *formes secondaires* du sarcome de l'ovaire, contrairement au cancer de l'ovaire sont rares. Comme foyer primitif, on a décrit le sarcome du médiastin, de l'utérus, de la peau.

La forme la plus connue des sarcomes secondaires de l'ovaire est le *mélanosarcome*, caractérisée par une coloration brun-noirâtre, analogue à l'encre de Chine et par un suc brunâtre s'écoulant de la surface de la coupe. Il prend son origine d'un tissu, qui contient normalement du pigment ou capable de produire du pigment, ainsi par exemple un sarcome de la choroïde (Vogt) ou une verrue cutanée sarcomateuse (Barth). Dans les cas où l'on ne trouve pas une tumeur primitive contenant du pigment, on doit particulièrement rechercher les verrues cutanées.

Actuellement on a abandonné la conception qu'un mélanosarcome pourrait naître primitivement de la substance ovarienne proprement dite (Barth, Cottmann).

Novak considère que rien actuellement ne permet de conclure à la possibilité d'une tumeur maligne primitive de l'ovaire. Il pense que seuls les tissus contenant à l'état normal des pigments peuvent être des tumeurs mélaniques primitives.

Vogt a présenté un cas de mélanosarcome de l'ovaire, d'origine métastatique, dont le point de départ était le sarcome de la choroïde.

Il faut éviter de confondre avec les mélanosarcomes les dépôts de pigments dans un sarcome par suite d'hémorragies. Les métastases placentaires de mélanosarcome ont été rapportées par Marcus. Les mélanosarcomes sont très rares, sur 33 mélanosarcomes des organes génitaux, Barth en a trouvé 3 de

l'ovaire ; Forgue et Massabuau ont pu en recueillir 8 cas.

3. **Endothéliomes de l'ovaire.**

Ce sont des tumeurs cliniquement non distinguables des sarcomes. Nous empruntons à Forgue et Massabuau leur description. Ce sont des tumeurs ayant pour point de départ l'endothélium des vaisseaux de l'ovaire.

Histologiquement : 2 types :

a) *Hémangio-endothéliomes* : exceptionnels, naîtraient aux dépens de l'endothélium des vaisseaux capillaires sanguins (Kubo, 4 cas).

b) *Lymphangio-endothéliomes* : plus fréquents, aux dépens des endothéliums des vaisseaux lymphatiques.

1° Existence de fentes conjonctives étroites et allongées, à peu près parallèles entre elles, dans laquelle se trouvent des cellules en général disposées sur un seul rang en file comme les grains d'un chapelet ; cellules polygonales à gros noyau bien coloré ; aux 2 extrémités de la fente conjonctive, les cellules s'effilent, s'amincissent, prennent un aspect plus ou moins fusiforme et semblent se continuer parfois avec les éléments cellulaires aplatis qui tapissent les espaces lymphatiques circumvasculaires.

2° Présence de nombreuses lacunes revêtues par des cellules aplaties ou cubiques disposées sur un

ou plusieurs rangs : ces lacunes se continuent entre elles, formant un système de cavités logées dans les mailles du stroma ; on les interprète comme des fentes lymphatiques dilatées dont l'endothélium aplati a subiun processus d'hypertrophie et d'hyperplasie.

3° Existence de larges alvéoles remplies de grosses cellules polygonales d'aspect épithélioïde, semblables à celles des sarcomes alvéolaires : a la périphérie des alvéoles, il semble qu'il y ait une intrication très étroite entre les cellules néoplasiques et les cellules conjonctives du stroma de la tumeur.

En général on se base sur ce triple caractère pour déterminer un endothéliome ; cependant, font remarquer Forgue et Massabuau on peut rencontrer ces figures dans des épithéliums nettement caractérisés.

Avant de poser le diagnostic d'endothéliome, il faut éliminer à coup sûr la posibilité d'un épithéliome ou d'un sarcome alvéolaire. La certitude ne peut être acquise que si on prend sur le fait la transformation de cellules de l'endothéliome lymphatique en cellules épithélioïdes, qui prolifèrent, donnent naissance à des amas de cellules néoplasiques ; aussi nécessité d'étudier les parties jeunes de la tumeur (Cail).

CHAPITRE II

TUMEURS ÉPITHÉLIALES

1. Le cancer primitif des ovaires.

Etiologie.

1. *Fréquence.* — La fréquence de cette tumeur est difficilement appréciable, du fait que nombre d'auteurs y classent indifféremment toutes les tumeurs malignes de l'ovaire. Nous citerons cependant diverses statistiques, en rappelant que nous avons, nous-même, observé 9 cas.

Toutefois, suivant les auteurs, elles présentent de notables divergences. Sur 147 tumeurs malignes opérées entre 1880-1904 à la Clinique Tauffer, de Budapest il y eut 35 cancers primitifs de l'ovaire. Ceux-ci représenteraient 0,07 % des affections gynécologiques et 4,86 % des tumeurs ovariennes pour Cavour 3,13 % des tumeurs malignes des ovaires génitaux.

Pour Schottländer et Kermauner 3,3 à 5 % de tous les cancers de la femme et 7 à 9, 8 % des cancers génitaux ; Mayer 16,80 % et Mattmüller 7,8 %. Sur 122 cancers primitifs de l'ovaire, Mayer observe une fréquence de 17,9 % par rapport aux autres

tumeurs de l'ovaire, alors que plus récemment Forgue et Massabuau ne l'estimèrent pas à plus de 5 %.

Par rapport au cancer de l'utérus, le cancer primitif de l'ovaire, serait d'après Olshausen dans un rapport de 52 % pour Henrich de 55 %.

2. *Age.* — Les chiffres que nous avons pu recueillir concernant l'âge, présentent également des divergences, Lusinchi qui a recueilli les cas de son service, atteignant les sujets au-desssous de la 20e année, sur 36 cas, les dénombre ainsi :

0 à 5 ans : 2 cas
5 à 10 ans : 8 cas
10 à 15 ans : 10 cas
15 à 20 ans : 10 cas

Forgue et Massabuau ont pu recueillir 15 cas avant 15 ans. Lusinchi constate que le cancer primitif de l'ovaire est relativement fréquent au moment de la puberté.

Dans une autre statistique plus importante, Massabuau et Etienne trouvent :

18 cas de 0 à 15 ans
103 cas de 15 à 45 ans
66 cas de 45 à 70 ans

Les âges extrêmes sont de 4 et 69 ans. Toutefois ces Auteurs concluent à une plus grande fréquence au cours de la vie génitale de la femme ; c'est une tumeur de l'âge adulte qu'on peut cependant rencontrer chez l'enfant.

Pour Mayer, par contre, l'âge d'apparition du can-

cer de l'ovaire serait après 40 ans, celui pour le cancer primitif en moyenne 51 ans et pour les cancers métastatiques 47 ans. En outre il trouve une plus grande fréquence du carcinome solide de l'ovaire au cours de la décade comprise entre 50-60 ans.

3. *Rapports avec la menstruation.* — Alors que pour Massabuau et Etienne, la menstruation serait normale aussi bien dans sa date d'apparition que dans ses caractères (bien entendu en dehors de la période correspondante à l'évolution de la tumeur), les règles, d'après Sternberg apparaîtraient dans 25 % des cas après 16 ans chez les sujets porteurs de cancers. Les troubles menstruels vrais sont rares ; Fehling et Franz ont observé de l'hypoménorrhée ; Eden de l'aménorrhée, que Sternberg note dans 10 % des cas.

Pour Linzenmeier, dans la moitié des cas les règles seraient irrégulières, contrairement à Mayer qui les trouvent normales dans 80 % des cas unilatéraux, et de 70 à 75 % dans les cas bilatéraux.

4. *Rapports avec les grossesses.* — La lecture de la plupart des observations montre que la grossesse s'est montrée normale chez la plupart des femmes atteintes de cancer de l'ovaire. Heinrich, Martin et Pfannenstiel pensent que les femmes ayant eu des grossesses, auraient une plus grande tendance à présenter des cancers ovariens. Par contre Frankl soutient que les femmes stériles seraient plus fréquemment atteintes.

Sur 153 femmes atteintes de cancer primitif,

Mayer trouve 43 femmes stériles, soit 28 %, alors que cette proportion se trouve réduite à 3 % pour les tumeurs métastatiques.

Il est difficile, font remarquer Massabuau et Etienne, d'affirmer une influence quelconque de la grossesse sur l'apparition du cancer.

Au cours de la *ménopause* Lippert et Glockner ont trouvé dans 14,7 % des cas la réapparition des hémorragies ; Mayer le constate dans seulement 2,4 % des cas : Chez les sujets âgés, pour Ahumada, la métrorragie constituerait l'unique symptôme d'un cancer ovarien.

5. *Rapports avec d'autres affections.* — Si on considère les *antécédents personnels* dans la majorité des cas, ils sont négatifs ; la plupart des auteurs sont d'accord sur ce fait. Massabuau et Etienne citent le cas de Boursier et de Farbairn, où il y avait dans les antécédents un prolapsus utérin ; dans le cas de Chipault il s'est produit un arrêt brusque des règles à 31 ans.

Du côté des troubles digestifs, ces auteurs relèvent les cas de Lacouture et de Rousseau (troubles gastro-intestinaux) de Konznetzki (tænia avant l'apparition du cancer), et d'Ardouin (une péritonite ?) de Lejars (coliques hépatiques).

On ne trouve aucune indication spéciale concernant le rôle joué par les maladies générales.

6. *Rôle de l'hérédité.* — Comme *antécédents héréditaires*, Massabuau a relevé une hérédité similaire. les ascendants de plusieurs malades ayant suc-

combé à l'évolution d'un épithélioma gastrique ou mammaire (Glockner, Edje, von Kahlden, Gaudier, Mac Naughton, Jones).

Anatomie pathologique.

1. *Siège.* — Alors que pour certains auteurs, comme Kaufmann, tous les cancers primitifs de l'ovaire auraient une tendance à être primitivement bilatéraux, pour d'autres la bilatéralité ne formerait pas la majorité des cas. L. Dartigues trouve cette bilatéralité 12 fois sur 20, Schmidlehner 20 fois sur 35, Massabuau et Etienne trouvent 81 tumeurs unilatérales pour 70 bilatérales confirmant à peu près les résultats de Dreyfus et de Desurmont qui donnent 43 % de cas unilatéraux pour 40 % de bilatéraux ; Lusinchi sur ses 36 cas ne relève que 4 cas de bilatéralité ; il est vrai que chez ce dernier auteur il s'agissait de sujets au-dessous de 20 ans.

Si, parmi les cas unilatéraux l'on considère le côté atteint, on trouve dans la statistique de Massabuau et Etienne, mentionnée :

45 fois l'ovaire droit,

29 fois l'ovaire gauche,

enfin 7 fois le côté n'était pas mentionné.

Lusinchi sur 36 cas trouve parmi les cas où le côté atteint était mentionné :

11 fois l'ovaire droit,

9 fois l'ovaire gauche.

Par contre, Sternberg n'a pu constater une prédilection pour un ovaire plus que pour un autre.

En général, au début la bilatéralité n'existe pas ; c'est par greffe que l'ovaire du côté opposé est envahi.

2. *Aspect.* — Le cancer primitif de l'ovaire se présente sous une *forme* variable ; régulière ou irrégulière, tantôt comme un ovaire augmenté de volume, tantôt comme un gros rein. La tumeur peut être ovoïde, ellipsoïde, en forme de cœur, ou bosselée, avec des saillies, des sillons avec un aspect mamelonné.

La *coloration* n'est pas franchement blanche, rouge ou grise mais nuancée, dépendant de l'épaisseur plus ou moins grande de la capsule et de l'état anatomique de la tumeur. En général, elles sont brunes, rougeâtres violacées.

Le *volume* de la tumeur peut varier d'une noix à celle de la tête d'un adulte, ou même la dépasser, comme dans le cas de Jouon où elle avait pris les dimensions d'un utérus à terme.

En cas de *bilatéralité* les tumeurs ne sont pas égales, leur écart peut être plus ou moins considérable.

Le poids de ces tumeurs peut atteindre jusqu'à 6 kgs et même le dépasser.

Ces tumeurs le plus souvent fermes et dures, peuvent être molles ou présenter des points de résistance inégale ; ainsi par place on peut constater une pseudo fluctuation (Ingier) du ramollissement (Boursier), alors qu'ailleurs la tumeur est dure (Blair, Konznetzki) ; la tumeur peut parfois être pâteuse

(Seipold) ou bien le néoplasme peut s'effriter en lambeaux sous la main qui l'extirpe comme dans les cas de Lannelongue ou de Pestaloza.

A la coupe, on constate une capsule blanchâtre et fibreuse parfois très dure, avec une épaisseur variant de 1/2 mm. à 1/2 cm. De cette coque partent des travées fibreuses très épaisses (squirrhe) ou minces (encéphaloïde).

Suivant les cas, écrit Massabuau, la consistance du tissu cancéreux peut différer : îlots jaunâtres représentant le tissu néoplasique en voie d'activité; îlots grisâtres en voie de nécrose ; les points rouge sombre sont dûs à des hémorragies diffuses.

Ces tumeurs solides peuvent présenter des portions dégénérées formant des pseudo-kystes et des véritables kystes. Ces kystes sont de dimensions extrêmement variables, dont le contenu est plus ou moins visqueux, colloïde ou hémorragique.

En se basant sur l'aspect extérieur, Massabuau divise ses cas en :

Cancer solide.....	30 cas dont	10 bilatéraux
Cancer pseudo-kystique.....	34 cas dont	14 —
Cancer kystique.....	15 cas dont	4 —

En fait, il y aurait d'après lui, deux formes macroscopiques principales du cancer de l'ovaire ; *le cancer solide* avec ou sans cavités de dégénérescence, forme la plus fréquente et *l'épithélioma kystique*. Les 36 cas de Lusinchi semblent confirmer cette conception :

Cancer solide.....	11 cas (1 bilatéral)
Pseudo-kystique.....	3 cas
Kystique.....	1 cas
Non déterminé.....	21 cas

Contrairement à ces deux auteurs, Mayer soutient que les formes solides formeraient la minorité, tandis que les formes kystiques seraient la majorité. D'autre part, il insiste sur le fait que les cancers solides sont moins volumineux et en majorité présenteraient une surface lisse.

Ces cancers primitifs sonts rarement inclus dans le ligament large (5 fois sur 200 cas Massabuau ; 9 fois sur 35 cas Schmidlechner).

Tant qu'elle est petite, la tumeur peut rester pelvienne, mais en général, elle est abdomino-pelvienne à mesure de son développement, elle reste nettement latérale, cependant on peut en rencontrer qui semblent médiane et arriver à dépasser l'ombilic.

Ces tumeurs sont *pédiculées* ; le pédicule est formé par le méso-salpinx et la trompe ; en général ce pédicule est étroit mais il peut avoir également une certaine épaisseur ; Mayer a constaté sa torsion dans 8 % des cas, alors que dans sa statistique Massabuau n'en relève que les deux cas de Glockner et de Chenot ; Dreyfus cite ceux de Pozzi et Beaussenat. La pédicule peut être infiltré par la tumeur (Lockyer, Maës).

A un moment donné de leur évolution qui est ordinairement rapide, ces tumeurs contractent des

adhérences avec les organes voisins, qui sont ensuite envahis par propagation (24 fois Massabuau). Au début, ces adhérences sont inflammatoires ; à une période plus avancée, elles deviennent néoplasiques.

3. *Envahissement ganglionnaire.* — Quoique souvent présentes, les métastases ganglionnaires sont rarement signalées dans les observations ; Lusinchi n'en fait mention dans aucun de ses 36 cas. Wendeln les considère comme une rareté, alors que pour Frankl les métastases lymphatiques, joueraient le rôle principal. D'après Massabuau cette apparente rareté, tiendrait au fait, qu'au cours de l'opération le chirurgien ne pratiquerait pas de recherches ganglionnaires, sauf peut-être dans les cas très rares, par les ganglions cruraux. A l'intervention, les seules préoccupations sont l'ablation de la tumeur avec ou sans les annexes de l'autre côté, l'utérus la luxation des organes adhérents.

Le plus souvent; ce sont les ganglions hypogastriques et lombaires, lombo-aortiques qui sont envahis ; néanmoins on constate également une dégénérescence cancéreuse des ganglions mésentériques. Sur 95 cancers de l'ovaire, Schottlander a trouvé dans 31, 4 % des cas, des noyaux lymphatiques cancéreux.

L'ovaire atteint est en général complètement détruit ; la trompe peut présenter des changements de position, des altérations inflammatoires ou néoplasiques ; quelquefois elle peut rester saine.

En cas d'unilatéralité, les annexes opposées peuvent être saines, parfois cette intégrité peut n'être qu'apparente. En somme l'ovaire opposé est assez peu souvent sain ; on peut rencontrer du côté opposé un kyste dermoïde, un kyste simple, des traces de suppuration ancienne ou actuelle. Dans quelques observations on signale l'atrophie de l'ovaire opposé, resté à l'état infantile ou en dégénérescence fibreuse (Dreyfus). Le simple examen macroscopique ne permet pas de conclure à l'absence de greffes cancéreuses sur l'ovaire opposé.

4. *Les organes voisins.*— L'atteinte des organes voisins se fait par propagation ou par greffe, d'où à un moment donné, fréquence de la bilatéralité.

L'utérus, comme la trompe, peut présenter des altérations mécaniques, inflammatoires, néoplasiques.

L'utérus peut être déplacé à gauche (Lannelongue) en bas et à gauche (Pick) ; il peut également subir un mouvement ascensionnel. Dans le cas de Violet, l'utérus était tordu sur son axe par deux tumeurs de l'ovaire : une abdominale, l'autre pelvienne.

Les adhérences qu'il présente avec la tumeur sont quelquefois purement inflammatoires (Chenot, Seipold). D'après Mayer elles se présenteraient dans 46,6 % des cancers solides de l'ovaire.

Quant aux lésions néoplasiques secondaires que l'utérus peut présenter dans le cancer primitif de l'ovaire, nous les étudierons à propos de l'association du cancer de l'ovaire et de l'utérus.

5. *Les greffes péritonéales.*— Dans la cavité abdo-

minale, la propagation par greffe est considérée comme la plus fréquente par de nombreux auteurs. De tout petits fragments se détachent de la tumeur et se greffent à un autre endroit. Ce détachement se produirait par rupture de la surface tumorale à la suite d'une nécrose. On conçoit, comme le fait remarquer Saüger, qu'il peut se produire artificiellement à la suite d'un examen clinique un peu traumatisant ou d'une ponction intempestive.

Du côté de l'appareil digestif on peut trouver des greffes nécessaires sur les anses intestinales (2 cas de Goullioud), sur le grêle (French, Gemmell, Schindler, Schmitt), sur le gros intestin, sur l'angle jéjuno-iléal (Bernex). Mais il convient de noter que Massabau et Etienne croient, en cas de coexistence d'une tumeur ovarienne et d'une tumeur intestinale qu'il y a bien des chances pour que la tumeur ovarienne soit secondaire.

En outre, ces auteurs ont rencontré des nodules néoplasiques secondaires, 5 fois sur l'épiploon, 15 fois sur le péritoine abdominal, 1 fois sur le mésentère et le mésocôlon.

6. *L'ascite.*— Ces métastases épiploïques et péritonéales expliqueraient *l'ascite* qui accompagne habituellement ces tumeurs. Cependant cette ascite peut exister, alors que la séreuse est indemne de toute lésion cancéreuse secondaire.

Mayer constate l'ascite dans 32, 2 % de tous les cas de cancer de l'ovaire, dans 42, 3 % des cas de bilatéralité et de 22, 2 % des cas d'unilatéralité.

Ravano dans une proportion de 17, 7 % alors que Lippert déclare 77, 9 % des cas.

Schmidlechner constate l'ascite 18 fois sur 35 cas, soit 51, 43 %. Son abondance est variable ; dans certains cas, elle peut atteindre jusqu'à dix litres (Gottschalk).

Le cancer de l'ovaire s'accompagne d'une ascite de coloration, jaune, tantôt brunâtre, presque toujours hématique.

Parmi les autres organes, envahis par les métastases, la vessie reste en général indemne : dans le cas de Bulin elle présentait une véritable torsion ; parfois elle peut être adhérente (Massabuau).

On trouve dans les observations de Pick et de Gaudin, des nodules de généralisation dans les reins.

Des métastases ont été observées dans le foie, la rate, la plèvre, le poumon, les os ; ces dernières sont rares ; Forgue en a observé à la colonne vertébrale, Cavour au fémur.

Histologie et Histogenèse.

Actuellement, en ce qui concerne la structure histologique et l'histogenèse, on admet que ces tumeurs se développent aux *dépens des restes épithéliaux embryonnaires inclus dans l'ovaire.*

Consécutivement aux travaux de Winiwarter, il a été démontré qu'il se produit *plusieurs poussées prolifératives de l'épithélium germinatif* de Waldeyer.

Masson et Peyron ont suivi dans leur classement les étapes du développement des formations épithéliales, c'est-à-dire les poussées de l'épithélium germinatif, chacune paraissant posséder des néoplasies qui lui sont propres.

Rappelons d'après Ménétrier, Forgue et Massabuau, ces 3 poussées germinatives.

Au cours de la *première poussée* peu après le début de la prolifération épithéliale apparaissent, entre l'épithélium germinatif et la zone des canalicules segmentaires du corps de Wolff, des travées cellulaires en forme de cordons irréguliers et anastomosés entre eux. Ce sont les cordons sexuels ou *cordons médullaires.*

Cette première poussée indifférenciée est la seule qui existe chez le mâle et elle se continue pour donner les canaux séminifères.

Chez la femme elle ne subit pas l'ovogénèse, s'atrophie et disparaît. *C'est la première poussée germinative ovarienne.*

Pendant que les cordons médullaires s'arrêtent dans leur développement, l'épithélium germinatif de surface se met de nouveau à bourgeonner activement. C'est *la deuxième poussée germinative*, elle constitue la zone corticale de l'ovaire fœtal, des boyaux germinatifs, les cordons de Valentin-Pfluger se dirigent vers la profondeur. La prolifération conjonctive du stroma ovarien les fragmente, les cellules se différencient pour donner un ovocyte central des cellules folliculaires à la périphérie (ces

derniers étant les futures cellules de la granulosa).

Ce n'est qu'au cours de la *troisième poussée* laquelle survient au moment de la puberté que l'épithélium de surface adulte de l'ovaire, peut pousser des diverticules dans l'épaisseur de la corticale ovarienne. C'est à ce moment que se produit le développement des ovules et des follicules définitifs.

En correspondance avec chacun de ses stades, il peut se produire des anomalies, donnant lieu à des tumeurs (Masson et Peyron).

C'est ainsi que, si, au cours de la première poussée de l'épithélium germinatif, l'atrophie des cordons médullaires ne se produit pas, leur développement peut s'effectuer suivant le type mâle, formant un ovotestis (Lacassagne) ce qui représente le véritable *hermaphrodisme glandulaire.*

C'est ainsi que nous pourrons distinguer des *tumeurs* de *l'épithélium germinatif*, tumeurs de la première poussée : ce sont les épithéliomas à cellules claires de Masson et Chenot, ou tumeurs ovariennes de type séminifère, tumeurs de type mâle.

Cette première poussée, correspondant aux cordons médullaires, a pour type néoplasique le *séminome de l'ovaire* dont les caractères histologiques sont semblables au séminome du testicule.

Le chorio-épithéliome y est également rattaché par certains auteurs, mais nombre d'anatomo pathologistes font des réserves pour cette synthèse.

2. Séminome de l'ovaire.

L'histoire du séminome de l'ovaire comme le fait remarquer Hoche, commence en 1906 avec la thèse de Chevassu. « L'épithéliome séminal, écrit ce dernier auteur, est dû à la prolifération de cellules absolument spéciales, telles qu'on n'en rencontre de semblables dans aucune autre espèce de néoplasmes, sauf peut-être les néoplasmes ovariens ». Consécutivement à cet auteur, Chenot en 1911 publia deux observations de tumeurs de l'ovaire enlevées par M. Gosset pour lesquelles Masson établit la similitude frappante entre les séminomes du testicule et ses propres cas. Jusqu'à l'heure actuelle, c'est surtout en France qu'ont été publiés des travaux sur ce sujet et même dans les gros traités de gynécologie étrangers on ne trouve pas même mention de ces tumeurs, à part trois observations étrangères citées par Hoche. Ce dernier auteur, dans un récent travail très documenté, expose toute la question jusqu'à ce jour. Aussi c'est à lui que nous ferons de larges emprunts pour esquisser cette tumeur si particulière et encore si peu connue. Ce sont également les raisons pour lesquelles nous indiquerons de suite les directives de son traitement chirurgical et radiothérapique.

Au point de vue embryologique, le séminome de l'ovaire est une tumeur formée par des éléments germinatifs, tumeur apparemment indépendante de

toute action extérieure, contrairement à la plupart des autres tumeurs épithéliales. Elles semblent nées dans des portions mâles de la glande femelle, vestiges plus ou moins évolués de la première poussée germinative de la glande ovarienne ou dans des glandes doubles nommées ovotestis (Hoche).

L'apparition de ces néoplasmes, d'après l'étude de l'embryologie, des anomalies, de l'hermaphrodisme en particulier, des expériences sur les glandes sexuelles (Caridroit et Pezard, Greenwood, Benoit) semble imputable à des modifications de l'équilibre humoral en particulier des hormones sexuelles qui y prennent part. En effet, on sait que les caractères sexuels secondaires sont sous l'influence des sécrétions internes des glandes génitales : ces sécrétions doivent avoir aussi certainement une action sur la morphologie de la glande sexuelle. On ne constate dans l'apparition de ces tumeurs aucun processus inflammatoire chronique.

Au point de vue macroscopique, le *volume* de ces tumeurs d'après les observations publiées jusqu'à l'heure actuelle varie de celui d'un poing à celui d'une tête d'adulte ; leur poids varie de 180 gr. à 6 kilogr.

Rondes ou ovoïdes ces tumeurs ont l'apparence d'une masse régulière, libre et mobile, appendue à un pédicule ; en général lisse, recouverte d'une albuginée blanche. Le pédicule est composé le plus souvent par le pédicule ovarien. Les tumeurs sont en général unilatérales, indifféremment sur l'ovaire

droit ou gauche ; elles sont libres, parfois on constate des adhérences avec les organes voisins.

A la coupe, l'aspect de cette tumeur est analogue à celui du séminome du testicule : blanc jaunâtre, uniforme, par place des zones ramollies, nécrosées. Le tissu conjonctif se présente tantôt sous forme de fines travées dispersées, tantôt sous forme de cloisons fibreuses de la coque au hile, ou bien encore en travées épaisses divisant la tumeur en petits lobules. La tumeur nettement séparée des portions saines de l'ovaire, se développe dans la région du hile ovarien.

Parfois, présence de petits kystes remplis d'un liquide jaunâtre, à l'intérieur de la tumeur. Dans un cas de Ménétrier il existait à la fois un séminome et un embryome. Cependant ces deux néoplasies quoique développées côte à côte sont nettement distinctes.

Au microscope, la tumeur se présente formée d'amas de cellules de taille moyenne et très régulières. Ces cellules sont claires, avec des contours cellulaires très nets et un grand noyau très coloré, représentant environ le tiers de la masse cellulaire. Il faut se rapporter pour l'étude histologique de cette tumeur surtout aux travaux de Chenot, Ménétrier et Peyron.

Delbet définit le séminome comme une tumeur extrêmement « lymphophile ». Les propagations lymphatiques se font aux ganglions lombo-aortiques. Elles peuvent être énormes, alors que la tumeur

primitive a de petites dimensions. Elles entourent le pédicule rénal sous le foie ou la rate. Les métastases ganglionnaires peuvent évoluer durant des années avant que ne se produisent des métastases viscérales (foie, rate) péritonéales ou périphériques.

Du point de vue clinique, le séminome ne semble pas posséder de symptômes propres, différents de ceux des autres tumeurs solides de l'ovaire. On pourra suspecter la tumeur en cas de coexistence de malformation des organes génitaux et de troubles fonctionnels (menstruation précoce chez l'enfant, aménorrhée complète primitive, règles irrégulières ou métrorragies chez l'adulte) ; troubles du psychisme féminin, inversion ou frigidité. Le séminome est une tumeur très rare et apparaît plutôt au début de la vie génitale.

Comme le fait remarquer Hoche le diagnostic de séminome de l'ovaire ne semble pas encore avoir été porté une seule fois, ni même soupçonné avant l'examen histologique.

Le séminome est une tumeur indolore, ne déterminant des troubles que par son volume et comme nous l'avons dit des troubles génitaux fonctionnels. Contrairement aux séminomes du testicule, ceux de l'ovaire peuvent arriver à atteindre un volume considérable, et après une phase de limitation de quelques mois présenter une évolution très rapide.

A la période de dissémination la tumeur devient très maligne, cette dissémination peut se faire par les lymphatiques en donnant lieu à des métastases

lombo-aortiques, soit se propager par infiltration notamment dans le ligament large.

Toutes les tumeurs publiées ayant été opérées, on ne peut savoir ce que deviennent les malades abandonnés à eux-mêmes. Sur les 15 cas recueillis par Hoche, ce dernier relève :

Suites inconnues	7 cas
Guérison prolongée (métastases 6 ans plus tard)	1 cas
Guérison de plus d'un an	3 cas
Guérison de moins d'un an	2 cas
Décès	2 cas

Hoche conclut que d'après cette faible statistique il est impossible de porter un pronostic propre au séminome de l'ovaire, mais on peut affirmer qu'il est toujours grave.

Le traitement autrefois exclusivement chirurgical est devenu surtout radiothérapique, car le séminome est d'une extrême sensibilité vis-à-vis des rayons X. L'intervention chirurgicale, écrit Hoche, est nécessaire pour permettre le diagnostic histologique de la lésion que la clinique peut à peine faire soupçonner ; elle permet en outre l'ablation de toute la tumeur dans les cas où celle-ci est encore localisée. Mais dès qu'il existera une propagation, il faudra se limiter à l'extirpation de la portion de tumeur encore mobile et éviter de traumatiser des régions envahies par le néoplasme.

L'intervention chirurgicale, devra dans tous les cas être suivie par un traitement par les rayons X ;

cette indication est indiscutable dans les cas de métastase et donne des résultats surprenants (Béclère, Solomon). Ainsi dans un cas de métastase ganglionnaire lombaire (Thelin et Rosselet) consécutif à un séminome de l'ovaire enlevé chez une jeune fille de 18 ans, quelques séances de R. X. ont suffi pour amener la disparition de la tumeur lombaire. Revue 20 années après, la malade est en parfaite santé.

Dans les cas de récidives successives, Proust cite le cas d'une malade traitée par les rayons X pendant 2 ans pour plusieurs récidives et une autre pendant 3 ans.

Il y a actuellement trois méthodes de traitement radiothérapique :

1° *Méthode à radiation, peu pénétrante et à doses faibles espacées* (Béclère, Regaud). Les résultats de cette méthode paraissent excellents, puisqu'il y a des survies de 6 et 8 ans. Localement la tumeur fond rapidement et complètement ; aucune réaction générale, amélioration rapide de l'état des malades.

2° *Méthode à radiations pénétrantes et à doses massives isolées ou répétées à intervalles rapprochés* (Proust, Davoigneau, Solomon, Hoche). Cette technique a été employée par Hoche.

Il est donné 8.000 R. espacés sur 20 jours en 8 applications de 40 minutes.

Dans son cas, Hoche constate que « la tumeur fond pendant les séances, mais incomplètement. Un mois plus tard, elle a complètement disparu quand

la malade revient faire appliquer le deuxième traitement. Les traitements ultérieurs ne vont être que des traitements d'entretien, la tumeur n'ayant pas récidivée.

Depuis le dernier traitement, écrit Hoche, il s'est écoulé 8 mois et depuis le premier traitement deux ans et demi. Aucune récidive n'est apparue et la malade jouit d'une excellente santé.

3° *Méthode à radiations pénétrantes et à doses massives isolées ou répétées à intervalles éloignés* (Delbet, Nemenow). Sur 12 cas de séminomes traités ainsi par Nemenow, celui-ci obtint 5 cas guéris cliniquement, pourcentage inférieur à celui obtenu en France.

Etant donné le petit nombre de cas de séminomes de l'ovaire, et la plupart encore récents, il est impossible d'avoir une opinion définitive sur les résultats obtenus. On peut néanmoins constater la guérison clinique à la suite du premier traitement quand il est suffisamment précoce. Dans certains cas, après quelques mois apparaissent des récidives, qui encore relativement sensibles aux rayons, se reproduisent de plus en plus rapidement. Dans d'autres cas, les récidives disparaissent pour longtemps ; enfin on a publié des récidives 6, 8 et 10 ans après la première, récidives qui disparaissent de nouveau pendant longtemps sous l'effet d'un nouveau traitement.

Il est encore impossible à l'heure actuelle, d'affir-

mer s'il existe des guérisons définitives. Seul, l'avenir pourra le démontrer.

3. Les chorioépithéliomes.

On peut rattacher d'après la classification de Forgue et Massabuau les chorioépithéliomes de l'ovaire aux tumeurs de la première poussée proliféatrice de l'épithélium germinatif.

Ils peuvent se présenter sous deux aspects histologiques extrêmement différents :

A) *Les embryomes.* — Il y a les embryomes qui renferment des proliférations tissulaires à type chorioépithalial (Pick, Forgue et Massabuau). Ce sont les embryomes simplifiés, d'après l'expression de Chevassu, dans lesquels les dérivés du seul feuillet exodermique se sont développés sous la forme de tissu chorioépithélial.

Telles sont les plages de chorioépithélium que l'on trouve dans certains tératomes de l'ovaire.

B) *Les chorioépithéliomes* purs présentent une structure histologique absolument analogue à celle des chorioépithéliomes utérins. On trouve des masses de cellules claires à type de cellules de Langhans sous forme de plages plasmodiales multinuclées qui présentent la disposition générale et les affinités du syncytium fœtal.

Pour Mayer on pourrait même aller plus loin et classer les chorioépithéliomes de l'ovaire en 3 groupes :

1° Le vrai chorioépithéliome qui se développe à la suite d'une grossesse dans l'utérus et qui envoie des métastases ovariennes.

2° Des proliférations chorioépithéliomateuses dans un cancer primitif de l'ovaire (Riesel Landau) ou dans un cancer secondaire (Michel, Schmans). Ce ne sont, bien entendu, nullement de vrais chorioépithéliomes, mais bien plutôt une forme histologique particulière d'un épithéliome ovarien.

3° Enfin le faux chorioépithéliome qui se présente sans grossesse préalable et qui n'est pas autre chose qu'un embryome simplifié. Ce dernier type est très rare et sur 682 tumeurs de l'ovaire, Mayer n'en relève qu'un seul cas publié par Klotz.

De même en 1916, Seitz ne pouvait en réunir en tout que 8 cas concernant tous des petites filles ou des vierges.

Dans tous les cas le chorioépithéliome de l'ovaire est une tumeur dont la caractéristique est d'être très friable ; elle se rompt facilement sous le doigt, elle est extrêmement vasculaire, sa surface est bosselée, sa couleur rouge foncé. Son volume varie de celui d'un poing à celui d'une tête d'adulte.

Elle peut parfois être incluse dans le ligament large (Klotz), mais le plus souvent elle est dans la cavité abdominale où lors du premier stade de son développement elle est parfaitement mobile. Plus tard les adhérences aux viscères voisins sont la règle.

Le chorioépithéliome ovarien est une tumeur très maligne qui peut se généraliser dans les divers

organes. Le lieu d'élection des métastases est le vagin et l'aspect clinique en est caractéristique. Puis viennent les poumons, le foie. Les métastases cérébrales sont possibles et Landau en rapporte un cas. Les récidives et les métastases post-opératoires sont extrêmement fréquentes et il est exceptionnel qu'elles régressent spontanément après l'intervention.

Le diagnostic clinique bien entendu est impossible à faire dans la plupart des cas où l'on doit se contenter de poser le diagnostic de tumeur de l'ovaire.

Cependant, si on a la chance de constater des métastases vaginales avec leur aspect bleu violacé caractéristique on peut porter le diagnostic de chorio-épithéliome utérin et considérer qu'une tumeur annexielle dure et mobile est un chorioépithéliome ovarien.

Par contre, lorsque manque le chorioépithéliome utérin ou ses métastases vaginales, ont peut penser à un kyste de l'ovaire, voire même à une grossesse ovarienne (Kinoch). D'autres fois la tumeur est dure. Elle paraît imprimer ses mouvements au col utérin, si bien que l'on porte le diagnostic de fibrome.

4. **Folliculomes.**

Le terme de folliculome tend à être remplacé par celui de tumeur de l'ovaire à cellules de la granulosa. Ce sont des tumeurs de la 2e poussée de l'épi-

théliome germinatif de Waldeyer se faisant aux dépens des tubes de Pflüger.

Babès rapporte une bibliographie concernant cette question et voici ce que nous y trouvons ; il constate que les cas mentionnés sous les appellations de adénome des follicules ovariens, folliculome malin, adéno-carcinome folliculoïde, ne sont en réalité autre chose que des formes de carcinomes, ne présentant aucun caractère particulier de nature à en faire un type de tumeur spécial. Car on rencontre des tumeurs absolument analogues, au niveau de la mamelle, de la prostate ou d'autres organes, qui ne sont autre chose que diverses variétés d'adénocarcinomes (Acconci, Emanuel, Paladino, et Amann, Gottschalk, Schrœder, Voigt).

Il en est tout autrement des cas publiés par Brenner sous le nom de oophoroma folliculaire, presque entièrement constituées par des formations analogues à celles des follicules de Graaf.

Werdt publie 6 cas de tumeurs ovariennes, qu'il qualifie de tumeurs à cellules de la granulosa (Granulosazelltumoren) à cause de l'origine qu'il leur attribue.

Aschner, Neumann, Uleske, Stroganowa, Uma, ont décrit des cas qu'ils ont qualifiés de tumeurs à cellules de la granulosa ou folliculomes ; mais pour Mayer, R. Sternberg et Babès ce ne serait que des carcinomes décrits par ces auteurs présentant une disposition particulière des éléments, sous forme de

follicules ou de cylindres constituant le carcinome folliculoïde ou cylindromateux de l'ovaire.

En résumé, il faut considérer comme certains les cas décrits par Brenner et Werdt. Sternberg désigne ces tumeurs à cellules de la granulosa et Siegfried comme oophorome.

Pour Babès il faut réserver le nom de oophorome pour les tumeurs étudiées par Brenner.

A ajouter aux tumeurs décrites par Werdt, un cas observé par Masson et celui de Babès. Esser a pu rassembler 11 cas actuellement connus de folliculomes ovariens vrais, auquel il a pu ajouter une observation personnelle, trouvaille d'autopsie chez une femme de 64 ans, d'une tumeur gris blanc, grosse comme une noix, pris d'abord pour un fibrome et qui à l'examen histologique se révéla être un folliculome.

En outre, nous trouvons encore deux cas de folliculomes personnels de Pijtel et de Gorgajewa : 1° une fillette de 12 ans avec une tumeur plus grosse que le poing de l'ovaire droit ; 2° une tumeur rapidement croissante plus grande qu'une tête d'enfant, chez une jeune fille de 18 ans.

Dans le cas de Babès il s'agissait d'une femme de 36 ans dont l'abdomen se mit à grossir depuis deux mois, accompagné de douleurs, de troubles dans la miction et d'une altération considérable et progressive de l'état général.

A l'opération on constate : présence de tumeur dans chaque ovaire, de nombreux nodules durs et

blanchâtres éparpillés à la surface du péritoine, quelques litres de liquide dans la cavité abdominale et un épaississement uniforme et modéré de l'appendice.

Macroscopiquement, ce sont des tumeurs bosselées du volume d'un poing d'enfant, avec des bosselures de dimensions diverses.

A la coupe, formées par du tissu blanchâtre homogène, en partie solide, en partie kystifiée rempli d'un liquide séreux et limpide.

Microscopiquement. — Les parties solides et la paroi épaissie des kystes sont formées de 2 éléments caractéristiques :

1° Formations alvéolaires, ayant les dimensions des follicules primordiaux, tapissées d'un épithélium aplati ou cubique, disposées sur une seule rangée de cellules relativement peu nombreuses avec un gros noyau rond ou ovalaire. A l'intérieur de certaines de ces alvéoles, présence d'une cellule beaucoup plus grande et à l'aspect un peu différent dans les alvéoles ;

2° Formations cellulaires particulières, la plupart en liaison avec les formations alvéolaires ; aspect de masses coniques ou de cordons plus ou moins épais, ou d'îlots plus ou moins grands. Ces cellules sont petites, pauvres en protoplasma, avec noyau intensément coloré, ovalaire ou arrondi, parfois fusiforme ou irrégulier. Le stroma est formé de tissu conjonctif, riche en noyaux fusiformes.

L'origine folliculaire fut primitivement soutenue

par Kahlden, Pozzi et Beaussenat, Gottschalk. Ultérieurement, ces figures, interprétées comme des phénomènes de dégénérescence au sein des alvéoles cancéreuses, furent de nouveau admis comme d'origine folliculaire.

Caractères cliniques. — Pas de symptômes caractéristiques permettant d'en faire le diagnostic. L'âge, peut-être (moins de 25 ans).

Pronostic. — Dans les cas de Werdt :

3 se présentent comme tumeurs bénignes,

3 se présentent comme tumeurs malignes.

Les caractères cliniques sont bénins, bien que Werdt les considère comme malins dans un de ses cas, par suite de l'envahissement de la capsule par les éléments de la tumeur.

Dans le cas de Masson, le caractère infiltrant peut pencher vers la malignité.

Cas de Babès, nettement malin.

De même dans les 2 cas de Pijtel et Gorgajewa le pronostic se montre des plus défavorables ; ces auteurs insistent sur le caractère particulièrement malin de ces tumeurs chez les sujets jeunes.

5° **Epithéliomas du corps jaune. Cancer Wolffien.**

Rappelons que suivant la classification de Ménétrier, de Forgue et de Massabuau, que la 3e poussée est constituée par l'épithélium de surface adulte de l'ovaire, pouvant donner lieu à des diverticules dans

l'épaisseur de la corticale ovarienne. C'est celle qui donne lieu au développement des ovules et des follicules définitifs (Ménétrier).

De la prolifération des cellules de revêtement de l'ovaire peuvent naître des cancers épithéliaux solides.

Ces sont des *épithéliomas alvéolaires atypiques*, dans lesquels les cellules peuvent présenter une évolution mucipare (carcinome muqueux).

Epithéliomas du corps jaune.

Caractérisés par la présence de grosses cellules épithéliales dont le protoplasma est creusé de cavités renfermant une graisse labile, la lutéine; la structure de ces tumeurs rappelle celles des hypernéphromes, tous deux ayant une genèse identique.

Cancer Wolffien.

dont nous rapportons 9 cas dans nos observations.

Les résidus Wolffien donnent 3 sortes de tumeurs épithéliales :

1° *Kystes simples* ;

2° *Kystes végétants*, deux formes dont nous n'avons pas à parler à propos des tumeurs solides ;

3° *Tumeurs solides* (*épithéliomas Wolffiens massifs*). Ces dernières sont souvent bilatérales et présentent une structure variable. On peut distinguer :

a) *Epithélioma cylindrique*, avec des cellules sur

une ou plusieurs rangées, formant le revêtement de cavités irrégulières.

b) *Epithélioma atypique*, avec une structure trabéculaire ou alvéolaire.

a) *Epithélioma cylindrique.*

Celui-ci est formé de tubes néoplasiques dont la lumière est revêtue de cellules cylindriques sur plusieurs rangs.

Pour Marsabuau, ces cancers cylindriques seraient vraisemblablement d'origine wolffienne; on peut, écrit-il, en effet,rencontrer dans l'ovaire des débris Wolffiens sous forme de tubes revêtus de cellules cylindriques et cubiques.

b) *Epithélioma alvéolaire.*

Celui-ci est la forme la plus fréquente. Il est constitué par des boyaux de petites cellules atypiques, polyédriques, disposées autour de lumières et prenant un aspect pseudo-glandulaire. Suivant la réaction du tissu conjonctif ces tumeurs prendraient la forme *squirrheuse* ou la forme *encéphaloïde.* Cet épithélioma aurait pour origine pour certains auteurs le follicule de Graaf et se développerait aux dépens des cellules de la membrane granuleuse du follicule; pour Marsabuau et divers auteurs, il serait plus vraisemblable que l'origine se ferait aux dépens de l'épithélium de surface de l'ovaire (Boursier et Auvray).

CHAPITRE III

TUMEURS MÉTASTATIQUES DE L'OVAIRE

1° Tumeurs de Krukenberg.

Nous rapportons, 3 cas de Krukenberg. On sait que Krukenberg a décrit une variété de tumeur ovarienne qui, d'après lui, est primitive, caractérisée par la présence de cellules mucipares isolées auxquelles il donne le nom de cellules en chaton de bague. L'apparition primitive, d'après la conception actuelle, est très rare ; elle a été toutefois décrite comme certaine (Krukenberg, Marchand, Schenk, Fischer, Greil Schottlander).

La nature secondaire de ces tumeurs a été définivement reconnue plus tard par Krause et Schlagenhaufer), mais les termes de « tumeurs ovarienne métastatique à un cancer digestif » et de « tumeur de Krukenberg » sont devenus depuis lors, et à tort, termes synonymes.

D'après Gauthier-Villars, à qui nous faisons de larges emprunts, la description de Krukenberg répond à une simple variété morphologique des métastases ovariennes des épithéliomas digestifs et non pas à une entité anatomo-pathologique.

Certains pensent qu'il s'agit *toujours* de métas

tases (Ulesko Stroganova) et parlent du « cancer ovarien métastatique ».

Mayer a constaté sur 11 tumeurs de Krukenberg, 7 apparues sûrement par métastases, toutes après cancer primitif de l'estomac. Toutefois au moins une fois il a pu constater un développement primitif.

Etiologie.

Fréquence. — Statistique de Rau (1922) :

Pour 86 cancers gastriques, 9 localisations ovariennes.

Pour 8 cancers du côlon, 1 localisation ovarienne.

Pour 30 cancers des voies biliaires, 3 localisations ovariennes.

Pour 36 cancers du sein, 9 localisations ovariennes.

Engelhorm (1907), 80 cancers gastriques : 13 localisations ovariennes, 16,2 %.

Lockyert (1904) ayant étudié 79 tumeurs ovariennes bilatérales constate dans 6 cas, leur nature primitive; pour les autres il observe :

61 cancers gastriques,

10 cancers intestinaux,

1 cancer vésicule biliaire, 77 % des tumeurs secondaires.

Metzger sur 283 cancers de l'ovaire trouve 219 tumeurs secondaires, arrive à peu près au même pourcentage.

Fromme sur 19 tumeurs doubles de l'ovaire trouve 4 cancers gastriques.

Les tumeurs bilatérales de l'ovaire sont donc dans *la règle* secondaires.

Dans son service Mayer relève 11 cas sur 682 tumeurs, soit 1,6 % et parmi les tumeurs malignes 11 cas sur 165 : 6,6 %.

Sur 251 cas de tumeurs ovariennes Wojtulewiczowna note 3 cas de tumeurs de Krukenberg, avec siège primitif gastro-intestinal ; ce qui forme 1,25 % ou 3,16 % des tumeurs malignes.

Age d'apparition. — Extrêmement variable.

1 cas à 14 ans (Chapman).

1 cas à 70 ans (Tilp).

Sur 355 observations recueillies par Gauthier-Villars :

Moins de 20 ans.....	6	cas
— 20-30.....	49	—
— 30-40.....	71	—
— 40-50.....	86	—
— 50-60.....	45	—
De plus de 60.....	20	—

Dans 88 cas l'âge n'est pas mentionné.

Dans les cas de Mayer, l'âge moyen fut de 43 ans, un peu inférieur aux autres cancers ovariens.

Les femmes atteintes de cancers secondaires de l'ovaire sont souvent des multipares.

Gauthier-Villars relève 20 cas d'association avec grossesse, qui aggravent le pronostic ; 3 cas d'accouchement à terme d'un enfant vivant ; pronostic maternel absolument fatal et de manière très rapide. Schmid (1924), 44 cas de cause gastrique associés à

la grossesse; 14 malades avec localisations ovariennes. Mortalité 100 % dans l'année.

Anatomie pathologique mascroscopique.

Caractères extérieurs constants, identiques à la description de Krukenberg.

En général volume de deux poings.

Observation de Kruger (4.500 gr.), Le Dentu (2.840 gr.) exceptionnel. Rarement de même taille, probablement la métastase ne se fait pas simultanément (Bland Sutton).

Dans les formes successives ou asymétriques presque toujours l'ovaire droit est le premier et le plus atteint.

Aspect. — Masse solide, ovoïde ou sphérique, conservant la forme générale de l'ovaire, ne contractant aucune adhérence avec les organes voisins; surface lisse, souvent riche en vaisseaux, d'ordinaire plane, parfois soulevée de bosselures peu nombreuses et volumineuses.

La trompe étirée est au contact de cette surface. La consistance est ferme; parfois zones kystiques peu étendues contenant un liquide gélatineux.

Coloration blanc jaunâtre.

Dans certains cas, ces tumeurs peuvent être solidement adhérentes aux viscères voisins, épiploon, péritoine, utérus (Ruperto Sanchez y Arcas).

A la coupe :

1° Présence d'une coque peu épaisse à la périphérie, coque résistante;

2° Alternance de zones dures, blanches et de zones plus molles, jaunâtres, nécrotiques ;

3° Existence dans les zones dures, de nombreuses petites géodes de la taille d'un grain de mil, contenant une substance gélatineuse.

Existe des cas où ces tumeurs apparaissent dans des ovaires kystiques (Lessing, Bondy, Amann, Walther, Reel).

Siège de la tumeur primitive. — Sur 365 observations :

Estomac	247	65,2 %
Intestin grêle	8	
Côlon et cæcum	31	
Rectum	14	
Voies biliaires	17	
Appendice	1	

Des références manquent dans 47 observations.

Comme on le voit dans la majorité des cas *la tumeur mère* siège à l'estomac, puis vient le gros intestin et les voies biliaires (Schlagenhaufer, Wagner, Kuster, Sandrock, Neumann, Kaufmann) sur les 7 cas de Jarcho 6 présentaient un cancer gastrique, le 7e ne put être suivi.

Lésions associées. — Dans 56 observations, ovaires seuls ayant une tumeur secondaire ; péritoine et autres viscères paraissant sains.

Dans 90 cas il manque des précisions à éliminer.

Péritoine dans 91 fois (nodules cancéreux ou épaissis, 19 fois le péritoine de Douglas).

Envahissement ganglionnaire 6 fois (ganglions

péri-gastriques ou chaînes lombaires juxta-aortiques).

Intestin 13 fois.

Rectum 1 fois (Kappela).

Voies biliaires 2 ; pancréas 6 ; rein 5 ; rate 2 ; vessie 1 ; surrénale 1 ; diaphragme 3 ; péricarde et endocarde 2 ; sein 2 ; ombilic 2 ; glandes salivaires 1 ; ligament large 2.

Poumons et plèvres 28 fois (pleurésie hémorragique). Métastases osseuses 6 cas.

Métastases associées de la trompe et de l'utérus fréquentes. — Presque la règle pour Frankl, du moins à l'examen histologique 25 fois utérus, 17 fois la trompe, sont caractérisés par des embolies lymphatiques, siégeant loin de la muqueuse utérine et de l'épithélium tubaire, en plein tissu conjonctif.

Généralisation cancéreuse : 3 cas.

D'après Gauthier-Villars, les métastases ovariennes des épithéliomas digestifs répondent à deux aspects extrêmes :

A) Epithéliomas tubulés, de structure glandulaire, rappelant le type de l'épithélioma primitif, ce sont les plus fréquents.

B) Epithéliomas à cellules mucipares isolées, dites en chaton de bague. L'aspect de la cellule en chaton de bague est expliqué par la dégénérescence muqueuse des cellules cancéreuses (Wagner, Pribram).

Malgré la diversité des aspects histologiques, les caractères cliniques de semblables tumeurs sont

remarquablement constants, au point que l'apparition de tumeurs ovariennes solides et bilatérales impose la recherche d'un épithélioma digestif, souvent latent, vérifié dans 77 % des cas d'après certaines statistiques.

Etant donné les particularités de cette tumeur, nous traitons ici sa symptomatologie.

Symptomes

Dans plus de la 1/2 des cas, le diagnostic est posé à l'autopsie ou après examen de la pièce enlevée.

1° *Troubles digestifs.* — 46 observations où les troubles gastriques apparaissent en premier.

Parfois anciens : malade de Max Dengg avait subi la résection gastrique 3 ans plus tôt ; malade d'Amann opéré déjà pour sténose pylorique, de même obs. X de Gauthier-Villars.

Anorexie croissante avec dégoût de la viande.

Vomissements alimentaires parfois striés de sang noirâtre. A plusieurs reprises, antécédents ulcéreux dans le passé des malades.

2° *Troubles génitaux.* — Cas inverses présentant une latence relative de la tumeur digestive.

Augmentation de l'abdomen ; parfois métrorragies oligosténorrhée et aménorrhée et vomissements transitoires. Souvent confusion avec grossesse (Schmid).

Etant donné la bilatéralité de la maladie et la fréquence des métastases péritonéales, si souvent présentes l'aménorrhée peut être due aussi bien par

destruction du parenchyme ovarien que par la cachexie.

Douleurs pelviennes avec irradiations crurales, sensation de pesanteur. Cas rares.

En général dominant les signes de tumeur, alors que les signes fonctionnels sont au second plan.

3. *Troubles généraux.* — Amaigrissement, fatigue, pâleur ; souvent cachectique.

Signes physiques.

Le cancer digestif n'en donne parfois aucun à la période de début.

Par contre, la lésion ovarienne révèle : deux tumeurs abdominales arrondies, bien mobilisables, de consistance ferme. Parfois l'une très volumineuse (tête d'adulte), l'autre peu développée (poing).

Siège. — Tiennent à l'utérus, séparées par un sillon. La plus volumineuse en situation haute, l'autre prolabée dans le Douglas, si bien que l'utérus est projeté en avant.

Ascite. — Presque constante à l'intervention ; elle comporte un pronostic très défavorable ; aucune des femmes avec ascite n'a eu de survie durable. Abondance parfois très réduite (1) ; ascite libre ; en général, l'ascite est accompagnée de métastases, au péritoine, à l'intestin, l'épiploon, le Douglas.

Toucher rectal. — Métastases du péritoine du

1. Dans le cas de Daraban et Joanitescu, l'ascite s'élevait de 18 à 20 litres.

Douglas, souvent précoces et parfaitement latentes.

Palmer (1910) 200 femmes avec cancer gastrique, 28 fois des métastases dans le Douglas. Rosenstirn ajoute que cette localisation est souvent un premier stade dans la métastase ovarienne.

Pour Frankl, la coexistence de 2 tumeurs ovariennes sol. avec une dureté ligneuse particulière du col, implique le diagnostic de malignité. Il s'agit d'une consistance cartonnée, très nette, due à l'envahissement cancéreux des lymphatiques utérins 7 fois sur 17 observations (Frankl).

Par contre personne ne les mentionne (Gauthier-Villars).

Formes cliniques.

Très peu nombreuses.

Forme avec tumeur *ovarienne unilatérale* très rare (8 cas).

Evolution

Durée variable, évoluant toujours vers la mort.

Si la lésion primitive a été opérée antérieurement, la localisation ovarienne marque la période de dégénéralisation cancéreuse et précède de peu la fin.

Si la localisation génitale est cliniquement primitive en apparence, l'intervention est rapidement suivie d'une phase de troubles digestifs qui entraînent la mort.

Quelques cas de survie assez longue :

cas de Pfannenstiel..... 4 ans 1/2
— Fritsch..... 6 ans
— Tauffe ..... 12 ans

Dans les observations anciennes la plupart meurent pendant les jours qui suivent l'intervention.

Il semble que les cas de survie soient plutôt ceux où la localisation ovarienne elle-même est tardive.

Une malade de Koerte, ne présente des signes ovariens que 3 ans après la gastrectomie ; de même celle de Kaufmann.

Celle de Foulkrod, opérée pour cancer du pylore, se porte bien pendant 2 ans, supporte normalement une grossesse. Mais aussitôt après, maigrit, présente de l'ascite et meurt rapidement d'un cancer ovarien bilatéral.

Tavernier et Condamine rapportent le cas d'une tumeur gastrique opérée en 1924 ; tumeur ovarienne bilatérale opérée 2 ans plus tard. Absence complète de récidive locale, malgré une exérèse peu étendue.

Diagnostic facile.

Les « tumeurs de Krukenberg primitives » sont des observations où manquent presque toujours un contrôle sérieux du tube digestif.

2. Sur l'Association du cancer de l'utérus et du cancer de l'ovaire.

Il n'est pas exceptionnel au cours d'une intervention de constater l'existence de deux néoplasmes

distincts : l'un sur l'utérus, l'autre au niveau de l'ovaire.

En pareil cas quel est le cancer primitif, quel est le cancer secondaire?

Les avis sont extrêmement partagés.

Pour Pfannenstiel, Franck et quelques autres, le cancer ovarien est le cancer primitif. Le cancer utérin est métastatique, dans la grande majorité des cas. Pfannenstiel va encore plus loin et pour lui l'ovaire est sûrement le siège du néoplasme primitif lorsqu'il y a envahissement d'organes voisins, tels que l'autre ovaire, l'utérus ou les trompes.

Par contre, lorsque les tumeurs siègent sur des organes abdominaux éloignés, par exemple sur l'estomac, sur la vésicule, il faut considérer que le néoplasme ovarien est secondaire ou métastatique. Il convient de remarquer que cette affirmation de Pfannenstiel est parfaitement théorique et qu'il n'a jamais apporté aucune preuve pour la démontrer.

Quelques observations appuient cette opinion de Pfannenstiel. Albertin et Jambon ont rapporté 2 cas de cancer primitif de l'ovaire accompagné de métastases utérines.

Dans leur importante statistique Massabuau et Etienne trouvent deux observations où l'utérus présentait des noyaux secondaires à un cancer ovarien (Schaeffer et Schnidlechner) mais il faut remarquer que personnellement ils n'ont jamais observé de cancers utérins coexistant avec un cancer ovarien.

Plus récemment, en 1925, Kustner a pu rassembler une vingtaine de cas de cancers de l'utérus secondaires à un épithélioma ovarien.

A l'inverse de Pfannenstiel, Massabuau et Etienne prétendent qu'en cas de cancer simultané de l'utérus et de l'ovaire, le cancer primitif est utérin et la tumeur ovarienne est une métastase.

Zanardi qui a rapporté en détails l'observation d'un néoplasme utérin secondaire a une tumeur primitive de l'ovaire, conclut néanmoins comme Massabuau qu'il est plus fréquent de voir le néoplasme primitif siéger sur l'utérus.

Tel est aussi l'avis de Steinhaus.

Dans un cas de Godard un carcinome utérin se propageait à l'ovaire où il réalisait l'aspect d'un kyste végétant de la grosseur d'une tête d'adulte.

Par contre, à la coupe de l'utérus on voyait que le carcinome ne descendait par au-dessous de l'isthme et envahissait peu le muscle utérin.

Pour Offergeld le cancer utérin se propage assez souvent à l'ovaire. Il rapporte le cas d'un cancer de l'ovaire qui survint plus de 8 ans après l'extirpation de l'utérus.

D'après lui, les cancers de l'utérus présenteraient des noyaux secondaires dans les ovaires dans 7 % des cas.

Tel est également l'avis de Glockner, de Burckhardt.

Schottlander et Kermannes ont trouvé sur 140 cas

de cancers de l'utérus 3 observations de localisation secondaire de l'ovaire.

Sur 33 cancers métastatiques de l'ovaire opérés dans la clinique de Mayer, Stubler et Brandess ont pu déterminer d'une façon indiscutable, seulement 4 fois, qu'il s'agissait d'un cancer à type utérin.

Telles sont les opinions opposées des auteurs qui admettent, les uns le point de départ ovarien, et les autres l'origine utérine d'un cancer simultané de l'utérus et de l'ovaire.

Pour Keller il peut aussi exister une 3e éventualité : C'est qu'il apparaisse simultanément un cancer primitif de l'ovaire et un cancer utérin.

Il rapporte l'observation d'un cancer de la matrice qui avait envahi presque totalement la cavité utérine et avait profondément envahi la musculeuse.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome strictement limité à la muqueuse du corps utérin. Quant à l'ovaire qui formait une tumeur ni caustique, ni solide, on constata au microscope qu'il s'agissait de cystoépithélium germinatif à type papillaire.

Evidemment, l'on répugne quelque temps à admettre l'apparition simultanée de deux cancers différents sur deux viscères voisins, mais cependant dans cette observation, il faut reconnaître que les critères d'authenticité sont incontestables puisque :

1° Le point de départ est différent.

2° L'aspect histologique est différent.

3° On n'a pas constaté de noyaux métastatiques sur d'autres viscères.

Certains auteurs vont même plus loin et prétendent même que en cas de cancer primitifs de l'ovaire il y a coexistence d'un cancer primitif de l'utérus dans 12 à 15 % des cas.

Littauer dit avoir réuni 14 cas analogues.

Nous pouvons rapprocher de cette opinion l'observation que nous donnons plus loin en détail d'une malade opérée dans le service de M. le Professeur Gosset par M. le Docteur Gaudart d'Allaines.

Il s'agissait d'une femme de 47 ans qui présentait des métrorragies depuis 6 mois. A l'examen on constate l'existence d'une masse sus-pubienne dont le pôle inférieur s'est porté dans le bassin et le pôle supérieur dépasse de 3 travers de doigt l'ombilic. Au toucher vaginal on sent une masse volumineuse, dure et peu douloureuse qui bombe dans le cul-de-sac de Douglas.

A l'intervention on constata qu'il s'agissait d'une tumeur solide de l'ovaire et on fit une hysterectomie supra-vaginale.

Or l'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un épithélioma massif de l'ovaire, vraisemblablement aux dépens de vestiges wolffiens, mais qu'en outre la muqueuse utérine présentait un aspect atypique très caractéristique. En deux points il y avait formation de plusieurs masses pseudo-glandulaires et d'autre part la plus grande partie de la muqueuse

du fond utérin revêtait l'aspect d'un véritable épithélioma à forme villeuse.

M. le Docteur Ivan Bertrand, chef de laboratoire de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière publia cette observation avec le docteur d'Allaines et interpréta ce double aspect histologique de la façon suivante :

1° Etant donné le volume de la tumeur ovarienne il est peu problable qu'elle soit une métastase de la lésion utérine.

2° Inversement, il est difficile d'admettre qu'il s'agisse d'une greffe utérine consécutive à une tumeur ovarienne, car le muscle utérin n'est ni refoulé ni envahi par un noyau néoplasique hétérotopique.

Il est bien plus vraisemblable d'admettre que le néoplasme utérin est absolument indépendant du cancer ovarien et qu'il s'agit d'un cancer utérin tout à son début car il n'existe pas encore d'envahissement du myomètre.

Delaunay a rapporté une observation qui se rapproche de celle-ci dans le *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, de mai 1905.

Hartmann a publié dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* en 1919, trois cas de cancers utérins coïncidant avec des tumeurs malignes de l'ovaire.

D'après ces examens histologiques, le cancer utérin était primitif et les noyaux ovariens étaient métastatiques.

Alors que Meriel admet que les ovaires peuvent être le siège d'un cancer primitif indépendant du cancer utérin, Massabuau et Etienne croient qu'il est difficile de conclure lorsque l'on constate l'existence de deux néoplasmes simultanés ovarien et utérin. Même l'examen histologique peut être en défaut, car le noyau métastatique peut avoir un aspect macroscopique parfaitement différent de la tumeur primitive.

A l'appui de ces dires ils rapportent le cas d'une femme qui fut opérée pour un cancer de l'utérus.

Il s'agissait d'un épithélioma cylindrique qui formait en certains points de véritables tubes glandulaires et ailleurs des microkystes ou formations papillaires intra-kystiques.

Or l'examen de l'ovaire démontra l'existence de formations cancéreuses indubitables et de deux ordres. Les unes reproduisaient exactement la structure de l'épithélioma utérin, mais les autres avaient l'aspect classique du cancer à cellules claires de l'ovaire.

Un examen macroscopique plus attentif fut nécessaire pour mettre en lumière le passage progressif des images du cancer cylindrique aux images du cancer ovarien.

Par quelle voie l'utérus et l'ovaire lorsque l'un d'eux est cancéreux, peut-il se propager à l'autre ?

S'agit-il d'envahissement par contiguité ou d'envahissement par métastase ?

Neuman, Reichel, Braun, Frankl ont publié des

cas où un cancer de l'ovaire était descendu par l'intermédiaire de la trompe dans la cavité utérine. On peut constater l'envahissement de la muqueuse tubaire par les cellules cancéreuses en même temps d'ailleurs que l'existence de métastases par greffe sur le péritoine pelvien.

Ces véritables greffes néoplasiques migratrices arrivent jusqu'à l'utérus puis s'essaiment sur le muscle où elles se développent et d'où elles peuvent ensuite pousser dans la musculature.

Neumann rapporte un autre cas où cette greffe par voie tubaire coexistait avec une extension par voie lymphatique rétrograde. On constatait l'existence de métastases dans la couche musculaire la plus externe. Pour l'expliquer il suppose que c'est une émigration lymphatique rétrograde provoquée par l'oblitération des voies lymphatiques efférentes habituelles.

M. Ménétrier et Mme Bertrand-Fontaine ont publié un cas où les cellules cancéreuses ont emprunté la voie lymphatique pour envahir l'ovaire. Par contre, dans un cas de Schmetz le cancer primitif était ovarien et l'invasion lymphatique se fit en sens inverse vers l'utérus.

En plus de la voie lymphatique, il faut également envisager l'hypothèse de l'infection par voie sanguine. Sur 36 cas de cancer ovarien, Neumann a constaté dans 7 cas qu'il existait des métastases utérines apportées par voie sanguine. Kustner a également constaté ces faits.

Il convient de noter que le transport des cellules cancéreuses de l'ovaire dans l'utérus se fait en sens inverse du courant lymphatique normal et comme Zanardi le fait remarquer, il s'agit bien là d'infection lymphatique rétrograde.

Artz a rapporté un cas de cancer papillaire de l'ovaire coexistant avec un cancer de l'utérus et il considère le cancer ovarien comme une métastase par voie sanguine. Lorsque la localisation utérine est métastatique, tantôt elle est visible à la coupe du muscle utérin par la simple inspection ; tantôt au contraire, ce sont des noyaux macroscopiques que trouve l'examen histologique (Warstadt et Kustner). D'autres fois, les métastases utérines siègent non plus dans le myomètre mais presque exclusivement dans l'endomètre, d'où elles peuvent proliférer plus ou moins dans la musculature utérine.

Mayer a été encore plus loin dans ce domaine des hypothèses et il s'est demandé si un cancer simultané de l'ovaire et de l'utérus n'est pas la conséquence d'un 3e cancer à siège éloigné, tel qu'un cancer gastrique. Pour lui il faudrait envisager cette possibilité lorsque l'utérus a été infecté par voie lymphatique. Lorsqu'on trouve un cancer de l'estomac, Frankl comme Mayer considèrent que le cancer de l'ovaire et de l'utérus sont des tumeurs filles, dérivées du cancer gastrique, mais ils repoussent l'idée que le cancer utérin est lui-même dérivé de la métastase ovarienne.

Pour lui la métastase utérine n'est pas la tumeur fille du cancer de l'ovaire et petite-fille du cancer de l'estomac, mais bien la tumeur du cancer ovarien.

C'est ainsi que dans un cas de Schenk où il y avait en plus du cancer de l'utérus un cancer de l'ovaire, on trouva que ces deux tumeurs étaient des métastases du cancer du pylore.

Alors, pour conclure, on peut affirmer qu'il peut exister simultanément un cancer primitif de l'ovaire et un cancer primitif de l'utérus, mais disons-le tout de suite ces cas sont exceptionnels. Tantôt la tumeur primitive siège sur l'utérus, tantôt au contraire, c'est un cancer de l'ovaire, enfin d'autres fois l'un et l'autre sont des métastases d'un cancer plus éloigné et qui siège en général sur l'estomac.

CHAPITRE IV

TUMEURS HÉTÉROTOPIQUES

Tératomes solides, tératoblastomes.

Ils ont été particulièrement étudiés par Sternberg, dont nous empruntons la description. Contrairement aux tératomes kystiques (kystes dermoïdes) les tératomes solides de l'ovaire constituent une rareté. Ils ont été décrits par Neuhauser, Frank et surtout par Sjövall. Dans ce chapitre nous étudierons également leur aspect clinique.

On donne le nom de tératomes aux embryomes qui représentent le degré d'organisation le plus élevé.

Fréquence. — Ces tumeurs sont rares. D'après Mayer (A.) sur 682 tumeurs ovariennes on compte 1 tératoblastome ou 1 sur 31 kystes dermoïdes.

La maturité sexuelle semble la période de prédilection. D'après Neuhauser sur 33 porteurs de tumeurs, 31 avaient moins de 31 ans, dont 5 audessous de 15 ans. Ces tumeurs sont relativement fréquentes dans l'enfance. Sur 42 cas de la littérature, Krömer en trouve 7 (16 %) à l'âge de 15 ans. Après la ménopause, les tératoblastomes se produi-

sent exceptionnellement. Presque sans exception, ces tumeurs sont unilatérales, alors que Boursier et Auvray déclarent qu'elles sont souvent doubles. Leur croissance est souvent extraordinairement rapide, de sorte qu'en peu de temps elles peuvent atteindre une dimension considérable. Une grossesse peut activer considérablement un tératoblastome, resté latent jusqu'à ce moment. Ascite fréquente, mais pas toujours.

Ce sont des tumeurs de volume variable, atteignant celui d'une tête d'adulte, sphériques ou ovalaires avec une surface lisse ou irrégulièrement bosselée, qui à la coupe présente une structure variable. A côté de segments mous, médullaires, il y a également des parties plus dures, cartilages et os, et qui comprennent également souvent des kystes plus ou moins volumineux. Si le nombre de ces derniers augmente, alors de pareils tératomes peuvent offrir une surface de coupe en rayons. Le contenn des kystes est tantôt sébacé, muqueux ou séreux. Parfois ces tumeurs sont associées à des kystes dermoïdes.

L'examen histologique est variable suivant les cas, étant donné que des tissus divers, souvent à un stade de développement très jeune, sont mélangés entre eux.

Sjövall a insisté particulièrement sur le fait que le principal tissu de ces tumeurs peut présenter des différences très étendues aussi bien qualitatives (concernant leur degré de développement) que quan-

titatives. Dans la plupart des cas on peut trouver des dérivés des trois feuillets blastodermiques, mais en général le tissu est moins différencié que dans les dermoïdes (Krömer). Askanazy insiste particulièrement sur ces différences.

Par suite d'une prolifération plus aiguë, plus énergique, il ne se produit pas un gros kyste où les produits des trois feuillets blastodermiques se trouvent mélangés. Le matériel tissulaire n'est pas seulement plus étendu, mais aussi plus riche que dans les dermoïdes, de même les rudiments organiques sont plus abondants (terme *d'organomes*, Benda, Daels) ; ainsi par exemple on trouve plus souvent des muscles striés, parfois des rudiments labyrinthiques.

Par suite il est souvent impossible de tirer une barrière nette entre les dermoïdes et les tératomes, même beaucoup d'auteurs ne différencient pas ces deux formations (Schwalb, Heijl). A plusieurs reprises on a observé une combinaison entre les kystes dermoïdes et les tératomes solides (Keitler, Krômer, Rothe).

En correspondance avec leur composition de tissus jaunes, les tératomes solides possèdent une faculté de prolifération plus grande, une tendance à la malignité (Askanazy), souvent même il est soutenu que les tératomes dans leur majorité doivent être considérés comme des blastomes malins, même alors qu'histologiquement ils ne présentent aucun signe de malignité (Franco). Suivant l'expression

de Pfannenstiel, les tératomes se comportent aux dermoïdes, comme les cancers aux adénomes ou les sarcomes aux fibromes.

Cependant il a été également constaté que les tératomes solides peuvent être également des tumeurs bénignes (Jung, Rothe, Redlich), ce qui contredit l'affirmation de Pfannenstiel (Rothe). Sjövall comprend également les tératomes dans le groupe des tumeurs bénignes.

Néanmoins les tératomes dans la majorité des cas se comportent comme des tumeurs malignes, particulièrement les tératomes où les facteurs névrogliques offrent un développement malin. De pareilles tumeurs d'après leur aspect histologique sont à désigner comme des tératomes sarcomateux, plus rarement cancéreux.

Ces tumeurs offrant des caractéristiques particulières, nous mentionnerons également ici leurs particularités.

Diagnostic :

Cliniquement, ils ne peuvent être que suspectés, mais non certifiés. En présence d'un enfant avec une cachexie rapidement progressive, on peut soupçonner les tératoblastomes. Geist a en outre insisté sur la puberté précoce chez de pareils enfants.

Malignité :

Celle-ci est discutable suivant les auteurs. Jung et Wilms nient la malignité primitive et absolue.

Lorsqu'apparaît la dégénérescence maligne ils la rapportent à une dégénérescence secondaire. Ces auteurs croient que ce n'est pas le tissu primitif histologiquement bénin de la membrane blastodermique qui offrirait le siège de la malignité, mais qu'il s'agirait d'une dégénération secondaire du tissu conjonctif embryonnaire. En fait, il devient très discutable si «le tissu sarcomateux» fut réellement un sarcome et non pas un tissu conjonctif embryonnaire pluricellulaire, et que sa richesse cellulaire ne paraîtrait pas sarcomateuse.

Pronostic :

Au point de vue clinique il faut considérer la tumeur comme maligne ; d'après Krömer, les résultats éloignés considérés après 4 ans d'observation ne donnent que 26 % de guérisons. Falco signale que beaucoup de tératomes ont provoqué une mort rapide, comme dans son cas personnel, sans qu'on ait trouvé macroscopiquement d'autres éléments que ceux qui constituent le tératome et sans traces de néoplasie maligne.

Neuhauser sur 26 opérées trouve seulement 26, 9% guéries d'une manière durable. Geist cite une mortalité de 85 %.

Les *métastases* ont été constatées surtout au péritoine, dans les ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux (Pick, Ewald) dans les poumons, le cerveau (Backhaus), les reins, le foie (Virchow, Gsell), dans la paroi abdominale (Falk, Stübler et Brandess).

Si de temps à autre, il a été rapporté une régression ultérieure d'une métastase péritonéale ou épiploïque, on ne peut tirer une conclusion concernant la bénignité de la tumeur. Quant il s'agit d'une combinaison avec un dermoïde (Falk) alors il ne s'agit pas d'une vraie métastase, mais seulement d'une émigration de matériel dermoïde inerte comme du sebum, des poils qui peuvent d'ailleurs masquer une vraie métastase, et qui ne peuvent préjuger sur la malignité de la tumeur primitive.

Comme pour les tumeurs combinées (cancer-sarcome), les deux portions tumorales peuvent être séparées dans leurs métastases (Lieppmann, Simoffs); en cas de métastases de tératoblastomes, les feuillets blastodermiques peuvent se diviser. On trouve alors dans les métastases tantôt seulement des sarcomes (Wernitz, Siveking) ou des os longs (Pick) comme des rejetons mésodermiques, tantôt du tissu goitreux comme produit de l'endoderme, tantôt du neuroépithélium et une prolifération névroglique (Neuhäuser) comme élément ectodermique.

Malgré que les tératoblastomes fussent souvent bien pédiculés, la mortalité opératoire primitive était auparavant particulièrement élevée. Ceci tient à ce que la technique opératoire n'était pas encore suffisamment bien réglée (16 % Krömer).

Traitement :

En cas de diagnostic certain : opération radicale. Cependant dans certains cas, un ovaire laissé, peut

ne pas présenter de récidive, on a vu même se produire des grossesses avec un seul ovaire.

Cependant, il vaut mieux, le diagnostic étant posé, d'enlever également le deuxième ovaire.

Quand il se produit des récidives, celles-ci sont précoces, au cours du premier mois après l'opération. La tumeur récidivante est en général facilement énucléable, par suite de ses liaisons laches avec son plan sous-jacent.

Mayer n'a pas constaté de guérison ou d'amélioration des récidives par les rayons X.

Goitre ovarien.

Gottschalk, le premier qui décrivit le goitre ovarien, le désigna sous le nom de « Folliculoma malignum », pensant que cette tumeur naissait de la paroi d'un follicule primordial.

Kretschmer et Pick, démontrèrent une identité avec les adénomes thyroïdiens, tout en différant sur son origine. Pick admit une formation tératoïde, tandis que Kretschmer pensait à une métastase du tissu thyroïdien macroscopiquement non modifié. Pour cet auteur le goitre de l'ovaire serait une néoformation, cliniquement maligne, avec une structure adénomateuse pure. Pour Pick il se serait agi d'un dermoïde avec un tissu thyroïdien fortement développé ; conception, qui après bien des controverses semble actuellement admise. Bauer niait la nature goitreuse de la tumeur et considérait l'aspect

du goitre comme une forme particulière de développement d'un *pseudomuciñe-kystome*, dont il pensait avoir démontré l'origine dans l'épithélium superficiel de l'ovaire. Il expliquait sa présence fréquente dans les tératomes et les dermoïdes par le fait que ces derniers sont précisément très enclins à se combiner avec les kystadénomes.

Dans une tumeur de l'ovaire, Mayer montra une structure présentant en partie celle d'un goitre parenchymateux avec une transformation colloïdokystique, en partie un goitre colloïdal. Il désigna cette tumeur comme un goitre malin.

Le cas de Glockner semble analogue, alors que dans l'observation de Ulesko-Stroganowa, la tumeur était constituée uniquement de tissu thyroïdien. La même année, Beel décrit un goitre de l'ovaire comme un *cystadénome colloïde* dégénéré.

Kretschmer ne nie pas la possibilité de l'apparition de goitre naissant de dermoïde et reconnaît que Walthard est arrivé à démontrer l'origine dermoïde.

Schickelé admet que les tumeurs en question sont parfois constituées de tissu thyroïdien et il les rapporte à un germe thyroïdien aberrant de la période embryonnaire, qui continue à croître indépendamment, cependant il ne pense pas que dans ce cas on puisse parler de tératome. Toutefois, actuellement la majorité des auteurs (Eversmann, Friebach, Trapl, Schipper Aisenstadt, Adolf, Kovacs, Parodi qui a rassemblé jusqu'en 1922 plus de 58 cas) admettent

que le terme goitre ovarien doit être réservé au développement d'un parenchyme thyroïdien dans des tumeurs tératoïdes. Par suite de la prédominance de rejetons d'un feuillet blastodermique, ces tumeurs pourraient être désignées comme des *monophyllomes* (Meyer). Comme de vrais goitres ils sont toujours d'origine tératoïde (Walthard). Frankl a conseillé également le terme de « *Teratoma ovarii strumosum* ».

Dans certains cas des auteurs ont constaté la présence de cancers (Moench, Morgen). Dans un cas sur les 3 que Moench a décrits, il y avait des îlots de cellules rappelant des parathyroïdes. Dans le cas de Friebach, l'adénome thyroïdien se trouvait en relation avec un système canaliculaire, qui permit de reconnaître un aspect rappelant les bourgeons du tractus thyroogloses en relation avec le rete ovarien. Dans ce cas on aurait pu envisager la présence d'un adénome du rete ; mais l'analogie avec le tissu thyroïdien était si grande qu'on dut admettre un tératome.

Théoriquement, il est possible que le goitre ovarien constitue une métastase de la thyroïde (Kretschmar), mais pratiquement elle ne vient pas souvent en considération, car la thyroïde envoie des métastases de préférence dans l'os. En outre, étant donné la fréquence du tissu thyroïdien dans un dermoïde, la conception d'une apparition primitive dans l'ovaire est plus acceptable que celle d'une métastase.

Fréquence :

La fréquence du goitre ovarien est variable. La constatation microscopique du tissu thyroïdien dans un dermoïde n'est pas si rare et suivant Krömer il se produirait dans un cas sur trois. Pick a pu le constater dans 6 cas sur 21 dermoïdes. Mayer l'a trouvé aussi souvent ; cependant il ne parle de goitre ovarien que quand le tissu thyroïdien prédomine ou quand il est déjà reconnaissable macroscopiquement. Ceci apparemment ne se produit pas très souvent : sur 131 dermoïdes, Mayer trouva le goitre 2 fois : 1,5 %.

Les qualités macroscopiques des tumeurs ne sont pas uniformes. Il semble que le dermoïde contenant le goitre soit associé avec un kystadénome ou non. Dans le premier cas, le plus rare, prédominent les caractéristiques du kystadénome ; dans certaines circonstances avec un contenu liquide abondant (Boxer). Le goitre peut alors échapper à l'attention comme petit fragment d'un kystadénome, quand parfois il ne siège pas à la surface de la paroi du kyste principal, mais à l'intérieur sur un septum kystique, comme Mônch l'a décrit. Par un examen plus précis cependant, le segment tumoral tératoïde apparaît comme un noyau solide gros comme un œuf de pigeon ou un œuf de poule, qui peut nettement se détacher de son voisinage par son reflet bleuâtre. On pourra particulièrement soupçonner le goitre quand à la coupe on trouve des masses

colloïdes jaune-brunâtre glutineuses, qui siègent dans un conglomérat de cavités plus ou moins grandes et qui ont tout à fait l'apparence d'un struma colloïde cystica.

En cas de caractère fondamental tératoïde, d'autres parties peuvent naturellement être atteintes, comme les os (Glockner, Pick, Walthard), la mâchoire inférieure. Dans ce cas cependant, on devra mieux comprendre la tumeur parmi les tératoblastomes.

Dans les 7 cas de Mayer, Mönch a trouvé 7 petits goitres l'un près de l'autre et probablement aussi des parathyroïdes.

Robert Meyer a trouvé de l'iode en quantités minimes ; d'habitude il manque. Bauer a voulu voir dans cette absence une preuve vis-à-vis des vrais goitres, mais à tort ; car les cellules tumorales, en tant que cellules malades peuvent perdre leur fonction, comme par exemple les cellules d'un cancer gastrique changent la sécrétion de la pepsine et de l'acide chlorhydrique au cours d'une croissance exagérée. Si toutefois on trouve de l'iode, ceci constituerait la preuve spéciale d'un goitre réel ; d'autre part la conception des auteurs Neu et Wolff, qui prétendent trouver dans l'ovaire même beaucoup d'iode, n'a pas été confirmée d'un autre côté (Zöppritz).

Au point de vue du comportement *clinique* il n'y a rien de caractéristique en faveur d'un goitre. La

tumeur est en général comme les dermoïdes, *unilatérale*. Cependant on peut constater la bilatéralité (Ulesko-Stroganowa). Dans les cas de Mayer l'ascite manquait complètement alors qu'elle a été souvent décrite. Elle s'installe de préférence avec les strumes malignes.

La *malignité* a été souvent décrite (Kretschmar, Gottschalk, Glockner, Pick, R. Meyer, Polano, Mönch).

Cependant on peut se demander : Les tumeurs étaient-elles malignes dès le début ou le sont-elles devenues secondairement ? Il est évident qu'un dermoïde avec un goitre, peut dégénérer de lui-même secondairement ou comme métastase cancéreuse ; ceci n'a rien à voir si le goitre par lui-même appartient aux tumeurs malignes (Robert Meyer). La malignité dépend beaucoup plus de ce que le goitre se rapporte à un tératoblastome ou à un kyste dermoïde. Comme pour le goitre on a un tissu très différencié et mûr, qui va jusqu'à la structure d'un organe, il appartient par lui-même au tératome adulte, à savoir au dermoïde et non au tératome embryonnaire. Aussi Mayer le considère en lui-même comme une tumeur bénigne. Des deux malades opérées, une reste bien portante depuis 8 ans, l'autre porteur d'un goitre cancéreux mourut sans aucun doute de cancer 7 ans après.

Trapl a constaté chez une malade, quelques mois après extirpation de la tumeur, une augmentation

de la thyroïde et des symptômes d'un léger hyperthyroïdisme. Ce dernier régressa de nouveau, mais l'augmentation de la thyroïde persista. Trapl pense que par suite de l'extirpation du tissu thyroïdien secrétant de l'ovaire, la thyroïde fonctionna défectueusement.

A mentionner aussi l'observation de Kovacs : une femme de 33 ans, depuis 10 ans présentait un Basedow; à l'ovaire gauche on trouve « un goitre colloïde typique histologiquement démontré avec très peu de tissu ovarien » ; à partir de l'opération les symptômes de Basedow n'ont plus reparu. Ce cas est identique à celui de Möench, où une femme de 49 ans présentant des signes d'un Basedow, fit à la suite de l'extirpation d'un kyste contenant du tissu thyroïdien, disparaître une arythmie prononcée et le tremblement des doigts.

Le goitre doit se développer dans un tératoblastome (Krömer), la présence du cartilage en témoigne et il serait malin dès le début. On pourrait ainsi soutenir le point de vue de Kretschmar, qui différencie les goitres primitivement bénins et les goitres primitivement malins ; cette conception est combattue par Dingels. Les formes primitivement bénignes appartiendraient alors aux kystes dermoïdes et les primitivement malignes aux tératoblastomes.

Diagnostic :

Le diagnostic du goitre de l'ovaire peut être très difficile.

La présence d'iode est une preuve notable en faveur d'un goitre ; son absence ne signifie rien. En présence de pseudomucine les deux possibilités sont à envisager : croissance analogue à un goitre, d'un pseudomucino-kystome ou combinaison d'un goitre vrai avec un pseudomucino-kystome.

Si la pseudomucine manque en présence d'un aspect analogue au goitre, ceci parle en faveur d'un vrai goitre.

Toute *métastase osseuse* parle en faveur d'un vrai goitre, car d'habitude seuls les vrais goitres et non les pseudomucino-kystomes malins font des métastases dans l'os.

Hypernéphrome ovarien.

C'est une tumeur extrêmement rare ; Ménil n'a pu recueillir que cinq cas de cette néoplasie, formée aux dépens de débris aberrants de la surrénale, débris siégeant dans le ligament large ou dans le tissu même de l'ovaire (Gaucher, Hartmann, Grawitz, Lecène).

Pour Pick, certaines tumeurs génitales ne seraient autre chose que des capsules aberrantes entraînées par la glande au cours de sa migration.

Histologiquement, il s'agit de cellules néoplasiques constituées par de gros éléments à contours polygonaux à protoplasma clair, à noyaux crénelés présentant le type exact des spongiocytes de la cortico-surrénale et renfermant comme eux des goutte-

lettes d'une graisse phosphorée bien colorée par l'hématoxyline du cuivre.

Quoique généralement énucléables, ce sont des tumeurs très malignes se généralisant fréquemment par voie sanguine.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude clinique des tumeurs solides de l'ovaire est malaisée à présenter vu la diversité des aspects cliniques qu'elles peuvent revêtir suivant les cas.

Disons tout de suite que leur nature histologique n'est nullement en rapport étroit avec les symptômes qu'elles présentent et qu'il est possible de superposer des types anatomo-cliniques parfaitement distincts pour le cancer, pour le fibrome et pour le sarcome.

Avec Mériel nous étudierons successivement les symptômes communs aux tumeurs solides de l'ovaire, puis les symptômes propres à chaque variété clinique pour faire autant que possible un diagnostic de malignité ou de bénignité, afin de fixer la conduite thérapeutique.

Symptômes communs aux tumeurs solides de l'ovaire.

Profondément cachées dans l'excavation pelvienne les tumeurs solides de l'ovaire demeurent latentes et silencieuses pendant de longs mois et cette période de latence peut durer un temps variable en

rapport avec l'irrégularité du développement du néoplasme.

Les signes de début. — Le début est extrêmement insidieux, si bien que parfois la tumeur solide de l'ovaire est découverte par hasard, soit au cours d'un examen gynécologique pour toute autre cause, soit au cours d'une laparotomie.

Le premier signe peut être de l'*ascite* Celle-ci n'attire l'attention que lorsqu'elle atteint un certain volume et l'on sait combien une ascite de faible abondance peut facilement passer inaperçue.

L'ascite peut se voir dans toutes les tumeurs solides de l'ovaire, aussi bien dans le fibrome que dans le sarcome ou dans l'épithéliome.

Souvent, la malade ne commence à s'alarmer que lorsque son ventre atteint un volume notable et surtout si elle ne se plaint d'aucune douleur.

Les *douleurs* s'observent souvent plus tôt que l'ascite, tantôt ce sont des douleurs plus ou moins vagues dans le bas ventre qui attirent l'attention. Parfois ces douleurs sont exagérées au moment des règles.

D'autres fois ce sont des douleurs dans la région hypogastrique qui irradient à la vessie, au périnée, qui surviennent brusquement, en pleine santé, qui s'exaspèrent à chaque période menstruelle.

Continues ou intermittentes ces douleurs n'ont rien de caractéristique et on ne peut pas plus les rattacher aux tumeurs solides qu'aux épithéliomes. Les troubles menstruels sont parfois prédominants.

Ils sont moins manifestes dans le fibrome que dans le cancer. Tantôt ce sont des hémorragies accompagnées de douleurs à type de coliques expulsives, tantôt ce sont des métrorragies répétées, profuses et même inquiétantes. On sait qu'il faut se méfier des métrorragies qui apparaissent chez les femmes qui ont passé la ménopause, car elles peuvent être l'indication d'une réactivation utérine due au développement d'une tumeur de l'ovaire.

D'autre fois, il s'agit d'une femme jeune chez qui on voit apparaître de l'*aménorrhée* plus ou moins prolongée. Les troubles menstruels, quelle que soit leur nature, ne sont pas en rapport direct avec le type de tumeur en cause et un fibrome de l'ovaire peut déterminer des pertes sanguines aussi abondantes qu'un épithélioma. L'amaigrissement précoce est un signe de grosse valeur. Souvent il contraste avec l'augmentation progressive du volume du ventre. Lorsqu'il est marqué, lorsqu'il est progressif, lorsqu'il aboutit à une véritable cachexie, il est l'indication nette qu'il s'agit d'une tumeur de nature maligne.

A cette période de début, l'examen physique donne véritablement très peu de symptômes.

Dans certains cas le toucher vaginal, lorsque la malade n'est pas trop grasse, lorsque la paroi abdominale se laisse facilement déprimer, permet de sentir une tumeur annexielle. Elle est indépendante de l'utérus, elle est latérale ou postérieure, elle atteint le volume d'un gros œuf ou d'une mandarine,

elle est régulière, ovoïde et parfaitement mobile, sa consistance est uniformément dure.

En pareil cas, le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire s'impose.

Malheureusement, répétons-le, il est rare de voir la malade à la période initiale, lorsque la tumeur est peu volumineuse et en général on la voit en pleine période d'état, lorsqu'elle a atteint un volume important et qu'elle détermine des troubles fonctionnels plus marqués.

Période d'État. — Schématiquement, on peut dire qu'à la période d'état la tumeur est tantôt de moyen volume et qu'elle reste et par conséquent pelvienne, tantôt extrêmement volumineuse et qu'elle est devenue abdominale.

Une tumeur pelvienne se caractérisera plus par des troubles fonctionnels que par des signes physiques. A l'opposé une tumeur devenue abdominale se traduira surtout par des signes physiques de premier plan.

Signes fonctionnels. — Ils sont au maximum la traduction d'une tumeur pelvienne, mais disons-le tout de suite ce maximum n'est parfois pas grand chose et les tumeurs solides de l'ovaire évoluent souvent avec une latence clinique très particulière.

Les *troubles de la menstruation* sont toujours très variables. Ce peuvent être des métrorragies profuses, abondantes, prolongées. Elles ne sont nullement l'indice d'une métrite concomitante, mais elles sont bien d'origine ovarienne.

Tantôt ce sont des ménorragies qui prolongent les règles, tantôt ce sont des métrorragies qui surviennent dans l'intervalle des époques. Lorsqu'elles sont abondantes, prolongées, profuses, tenaces et rebelles elles peuvent anémier considérablement la malade et faire redouter l'apparition de thrombose, de phlébite et d'embolie.

D'autres fois, c'est l'aménorrhée qui prédomine. Il est des femmes qui ont cru à un retard de règles et qui ont même pensé devant l'accroissement de volume de leur abdomen qu'elles étaient enceintes (Dubar).

Les troubles de compression dépendent-ils autant du volume de la tumeur que de son enclavement dans le Douglas. Il est rare de voir des troubles douloureux de compression nerveuse. Par contre, souvent les femmes se plaignent de pesanteur abdominale, de gêne, de lourdeur péritonéale, de fatigabilité rapide. Les douleurs sont intermittentes ou constantes. Elles présentent souvent des exacerbations à la marche, à la fatigue, aux efforts, la palpation de l'abdomen peut les réveiller.

Elles peuvent simuler les douleurs de toutes les affections gynécologiques, y compris les douleurs à type de colique utérine expulsive et les douleurs lombaires irradiées aux cuisses.

La compression des vaisseaux a été rarement signalée et lorsqu'il existe de l'œdème des membres inférieurs, il faut bien plus incriminer l'ascite qu'une compression directe des veines du pelvis.

Quant aux compressions viscérales, elles ne sont importantes que dans les cas exceptionnels d'enclavement aigu de la tumeur dans le Douglas.

La compression du rectum détermine une constipation opiniâtre, plus souvent il y a des troubles du transit intestinal qui sont dus à une coudure, à des adhérences, à une agglutination de l'intestin ou de l'épiploon par une tumeur végétante.

L'occlusion intestinale aiguë a été signalée de façon toute exceptionnelle (Daubs).

La compression de la vessie, avec des troubles de la miction à type de rétention est également rare.

Signes physiques. — L'examen physique doit être pratiqué avec ordre et méthode.

Inspection. — A l'inspection le ventre peut être normal. Dans l'immense majorité des cas, il est augmenté de volume, tantôt c'est une saillie convexe proéminente pointant à l'avant.

Tantôt il est étalé en ventre de batracien. Son développement n'est pas toujours régulier, il est souvent asymétrique du fait de l'existence de la tumeur. Cette notion est importante à connaître car parfois au premier coup d'œil, elle permet de reconnaître chez une femme jeune l'existence d'une tumeur de l'ovaire.

La peau peut présenter des vergetures, on peut voir une circulation veineuse assez développée, parfois enfin l'ombilic peut être déplissé.

La mensuration de tels abdomens donne des résultats variables et nous rappellerons à titre de

curiosité certaines dimensions record telles que 1 m. 20, 1 m. 50 et même plus.

Palpation. — La palpation peut être difficile à cause de l'ascite et de l'épaisseur des parois ; rappelons qu'il suffit d'évacuer par la ponction une ascite trop abondante pour que l'examen devienne praticable.

Nous n'insisterons pas sur les caractères de l'ascite, mais bien plus sur ceux de la tumeur.

Parfois on peut la sentir, donnant la sensation de glaçon lorsqu'elle flotte dans un épanchement péritonéal de moyenne abondance.

D'autre fois, la tumeur existe seule et on peut plus aisément en préciser les caractères. C'est une masse du volume d'une tête d'enfant ou d'adulte, car elle est toujours volumineuse lorsqu'on la perçoit par le palper abdominal. Sa consistance est caractéristique. Elle est dure, d'une dureté parfois ligneuse ; elle est ferme. On sent tout de suite qu'il s'agit d'une tumeur solide. Néanmoins cette consistance peut être extrêmement inégale, il peut y avoir des parties molles, rénitentes ou fluctuantes dues à des formations caustiques coexistant avec des parties dures.

Cette tumeur est en général indolente et l'existence de douleurs à la pression doit faire penser à l'existence d'adhérences accolant à la tumeur dans l'épiploon ou dans l'intestin.

Le toucher vaginal est un excellent moyen d'investigation, surtout lorsqu'il est combiné au palper

abdominal. Rappelons que souvent il s'agit de femmes jeunes, de vierges ou de jeunes filles. En pareil cas faut-il renoncer au toucher vaginal et se contenter du toucher rectal ?

C'est là question de doigté et d'espèce, mais il faut bien le dire, si le diagnostic paraît délicat par tout autre procédé, il ne faudra pas hésiter à recourir à cet examen lorsque l'indication opératoire en dépendra. Le vagin est normal ou atrophié, le col est de forme ou de consistance normale pour l'âge de la malade, mais dans l'immense majorité des cas il est déplacé. Plus souvent il est assez élevé, car l'utérus subit un mouvement d'ascension en même temps que le néoplasme grossit.

Ce col peut alors être très haut et difficilement accessible. En même temps qu'il ascensionne le col est dévié du côté opposé à la tumeur.

Le corps utérin est également remonté et dévié. Il n'est pas toujours facile de préciser le siège du find utérin et de mettre en évidence l'indépendance de l'utérus et de la tumeur.

Cependant dans la plupart de nos observations un diagnostic correct a pu être posé par la constatation incontestable d'un corps utérin indépendant d'une tumeur annexielle.

La tumeur ovarienne est facilement explorée par le palper combiné.

On sent une tumeur dure, dans la plus grande partie de son étendue. Si elle contient des parties molles et pseudo fluctuantes, il y a toujours une pro-

tubérance des parties dures qui permet d'éliminer le diagnostic de kyste et de poser celui de tumeur solide. Elle est tantôt lisse et régulière, tantôt bosselée et lobulée et est en général mobile. Elle est absolument indépendante de l'utérus. Les mouvements imprimés à la tumeur ne sont nullement transmis au col. C'est là le point capital pour le diagnostic. Cette indépendance est parfois plus délicate à apprécier, car l'utérus peut être volumineux, il peut être adhérent à la tumeur. La malade peut être obèse, l'ascite peut gêner, la tumeur peut être incluse, si bien que les mouvements, dès qu'ils ont quelque amplitude, se transmettent de la tumeur à l'utérus. Néanmoins pareils cas sont rares et en général on peut tout au moins faire le diagnostic de tumeur solide annexielle.

L'hystérométrie confirme les données du toucher et du palper ; elle montre très souvent l'allongement de la cavité utérine.

C'est tout à fait récemment qu'un nouveau procédé d'examen gynécologique : le lipiodol intra-utérin a été appliqué au diagnostic des tumeurs solides de l'ovaire. Lafuente Hernandez (1928) a montré que en cas de tumeur des ovaires, par suite de la croissance de la tumeur, la longueur des trompes est augmentée ; les flexuosités normales sont remplacées par une ligne droite, enfin l'utérus se trouve comprimé du côté opposé lorsque la tumeur atteint un volume considérable. Il conseille de prendre des radiographies de face et de profil

en pareils cas ou de recourir à la stereoradiographie pour répérer plus exactement le siège et le volume de la tumeur.

Symptomes généraux :

Les tumeurs solides de l'ovaire coïncident avec une santé en apparence excellente et souvent le contraste est frappant entre le volume d'une tumeur ou l'abondance de l'ascite et l'état général parfait de la malade.

Par contre, lorsque la tumeur est de nature maligne, l'amaigrissement, la diminution des forces, la perte de l'appétit vont jusqu'à réaliser une véritable cachexie avec teint pâle ou cireux.

Même les tumeurs bénignes, lorsque leur évolution dure depuis très longtemps et que leur volume détermine des troubles de compression importants peuvent altérer gravement l'état général.

Ce qui peut alors servir à distinguer la tumeur maligne des tumeurs bénignes, c'est la rapidité de l'amaigrissement, et une cachexie apparue en quelques mois doit toujours faire penser à un cancer de l'ovaire ou à un fibrome dégénéré.

II

COMPLICATIONS

I. Torsion du pédicule.

La torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire nous est connue depuis relativement peu d'années. Il semble que ce fut Rokitansky qui la décrivit le premier, l'ayant trouvé sur un cadavre. Depuis, de nombreux Auteurs s'en sont occupés, et particulièrement Mayer, à qui nous empruntons une grande partie de la documentation.

On n'est pas complètement fixé sur le terme de torsion du pédicule. Certains ne l'admettent pas quand il n'y a pas présence de troubles circulatoires (Martin, Pfannenstiel). Cependant il est à noter qu'il peut y avoir des torsions de plusieurs tours sans troubles notables (Kustner, Sonnenfeld, Grotenfelt). A l'opposé certains auteurs comme Frantz admettent déjà une torsion du pédicule, au cours de l'émigration de la tumeur du petit bassin dans la cavité péritonéale, ayant fait au plus une torsion de 90°. Il désigne cette torsion comme torsion *primitive* et la torsion réelle qui s'ensuit comme torsion *secondaire*. Cette concep–

tion est plus ou moins combattue. En général, on parle de torsion quand celle-ci représente au moins 120°.

La *fréquence* de la torsion du pédicule est diversement appréciée. D'après Grotenfeld, les pourcentages varient dans de grandes proportions, de 2, 4 % (Spencer-Wells) et 47 % (Kustner, Mickwitz) jusqu'à 50% (Czyczwicz). Nous rapportons un cas de torsion du pédicule de l'ovaire.

Engström 15, 2 %, la torsion comprenant au moins 180°.

Stübler et Brandes à la clinique Mayer ont constaté 132 torsions du pédicule, soit 19, 5 %, tandis que Frankl à la Clinique Schauta 8, 2 % et Tauszik 10,7 %.

Si les pourcentages des anciens auteurs semblent plus faibles, cela tient à ce que la torsion du pédicule n'était pas encore suffisamment connue.

La détorsion du pédicule quoique rare a été maintes fois décrite (Olshausen, Grotenfeld, 7 cas. Engström 6 cas).

Comme *cause* de la torsion, on trouve des adhérences dans 40 % de toutes les tumeurs à pédicule tordu par rapport au 35, 6 % de toutes les tumeurs de l'ovaire. Les adhérences n'empêchent pas toujours la torsion et Freund, au contraire, admet qu'une certaine disposition d'adhérences peut même favoriser la torsion, conception combattue par Veit, Olshausen, Martin et d'autres.

En ce qui concerne le pédicule de la tumeur, on

peut dire que plus il est *long* et *étroit*, d'autant plus la torsion se trouve favorisée.

Olshausen, Röhring, Thorn et d'autres, admettent que l'ascite favorise la torsion du pédicule. Par contre, Mayer n'est pas de cet avis ; dans ses cas il a vu la torsion du pédicule se produire en cas d'ascite dans 3, 8 % des cas, tandis que sans ascite le pourcentage était de 12 %.

Le *volume* de la tumeur, comme facteur de torsion a été diversement apprécié. Tantôt, c'est la petitesse de la tumeur qui est incriminée (Koberle, Fritsch, Peau) tantôt ses dimensions considérables (Aronson, Goldberg, Neugebauer). En réalité les très grandes et les très petites tumeurs sont rarement tordues. Ce sont surtout les tumeurs de volume moyen (du volume d'un poing à une tête d'adulte) qui sont le plus souvent tordues. D'après Grotenfelt elles compteraient pour 26,2 % de toutes les tumeurs à pédicule tordu.

Pour Thorn, les tumeurs solides seraient particulièrement prédisposées à la torsion, alors qu'au contraire Olshausen considérait que leur pédicule large et court est un élément de moindre prédisposition que pour les kystes de l'ovaire.

Il est généralement admis que les tumeurs malignes sont rarement tordues par suite des adhérences précoces.

Mayer recueillant les statistiques de diverses cliniques trouve :

Nombre de tumeurs		Nombre de tumeurs à pédicule tordu	% des tumeurs à pédicule tordu
Sarcomes.....	22	3	13,6
Fibromes.....	15	2	13,3
Cancers.....	160	10	6,2

Par rapport aux tumeurs kystiques, les tumeurs solides et malignes se tordent moins fréquemment.

Cependant, il semble que cette affirmation, émise par Grotenfeld, est inexacte en ce qui concerne les fibromes. Sur 81 fibromes, Mayer a constaté 20 cas de torsion du pédicule, se qui fait 24,6 %.

Les deux côtés sont affectés avec la même fréquence.

La situation de la tumeur dans le petit bassin empêche la rotation du pédicule, tandis que située dans l'abdomen elle la favorise. D'après Grotenfeld, 76 % des tumeurs tordues sont situées dans l'abdomen et 23 % dans le petit bassin.

La situation intra-ligamentaire protège contre la torsion. on ne relève qu'un pourcentage de 5,6 %.

La torsion du pédicule avant 40 ans, de 10 à 13,9 %, après 40 ans s'élève à 20-30 %.

D'après les diverses statistiques, les femmes ayant eu des grossesses présentent une prédisposition plus grande, de même la gestation, en donnant lieu à l'étirement du pédicule ; cependant cette dernière affirmation semble inexacte. Dans la gestation, Gro-

tenfeld trouve de 5 à 13 % contre 15 % de moyenne.

La tumeur par elle-même, au cours de son développement, peut favoriser la torsion en déplaçant son centre de gravité.

Payr incrimine *l'influence hémodynamique*, reposant sur la réplétion des veines par rapport aux artères. Frankl par contre, considère l'hypothèse de Payr justifiée dans le comportement des artères.

Küstner attribue une certaine importance au *péristaltisme intestinal* qui agirait progressivement après des mois et des années sur la torsion.

Enfin, on a également incriminé dans la manifestation de la torsion, *les actions externes* : palpation ou ponction dans un but de diagnostic, efforts en allant à la selle, toux, chute, soulèvement d'un poids, saut, exercices de gymnastique, danses, etc...

Le degré de la rotation du pédicule peut varier d'un seul tour à 120° jusqu'à 8 rotations. Les plus faibles degrés de torsion d'après Stübler et Brandes se rencontrent avec les tumeurs malignes, les torsions les plus exagérées avec les kystes dermoïdes et les fibromes.

Les conséquences de la torsion du pédicule de la tumeur sont variables : on trouve *l'ascite* dans 3, 8 % des cas.

La péritonite exsudative dans 4.5 % des tumeurs à pédicule tordu contre 0,79 % pour toutes les autres tumeurs ovariennes, cette péritonite est aseptique.

Rarement, on note une *suppuration* ou une *gangrène* de la tumeur : Mayer l'a constaté dans 1, 5 %

des cas. Exceptionnellement on peut rencontrer une déchirure de la paroi de la tumeur.

Les symptômes cliniques présentés par la torsion du pédicule de la tumeur sont souvent *suraigus* et ressentis comme une brusque douleur. Dans certains cas la torsion peut provoquer un état de collapsus, puis, peu après, se présentent aussi les signes de péritonite : malaise, nausées, vomissements arrêt des gazes et des matières, sensibilité de l'abdomen à la pression, météorisme, accélération du pouls ; on a noter également de la fièvre et parfois des états d'irritation du côté du rectum ou de la vessie ou de la rétention d'urine (Chalier).

Des crises douloureuses aiguës, d'après Grotenfeld sont apparues dans 81,5 % des cas, les douleurs dans 61,1 % des cas. Stübler et Brandes dans 94 % des cas, des douleurs suraiguës dans 38 % des cas.

La cause de la douleur peut résider dans une irritation péritonéale, un tiraillement du pédicule et peut-être aussi dans la compression des nerfs du pédicule (Thorn).

Quelquefois la douleur peut manquer (Léopold, Olshausen).

La fièvre en général est faible, cependant, elle peut être très intense (Pfannenstiel) il faut incriminer plus qu'une infection ou une péritonite réactionnelle, une sorte *d'auto-intoxication* (Pankow) par résorption.

Souvent, la fièvre tombe après quelques jours,

sinon il faut craindre une gangrène ou une suppuration de la tumeur.

Le traitement de la torsion du pédicule d'une tumeur consiste à opérer, aussitôt le diagnostic posé. Dans ces cas la péritonite n'est pas une contre-indication.

En général on peut se contenter d'une ovariotomie unilatérale.

La mortalité primitive, d'après Schultz, à la clinique de Strasbourg fut de 5,3 %, Mayer seulement 1,5 %, contre 4,6 % des opérations de toutes les tumeurs.

La péritonite post-opératoire fut notée seulement dans 0,7 %. Par contre, la *phlébite* (4,5 %) et *l'embolie* (4,5 %) semblent plus fréquentes, dues à la présence de la stase considérable et de thrombus dans le pédicule tumoral.

2. Rupture complète du pédicule.

La rupture complète du pédicule, par suite de la torsion avec étranglement des annexes est une rareté. D'après Grotenfeld sa fréquence serait de 1,2 % de toutes les torsions pédiculaires, tandis que chez Mayer elle était de 2,8 %.

Le plus souvent les tumeurs détachées sont des dermoïdes.

L'avenir d'une tumeur détachée de son pédicule est variable : en général, insertion sur une autre partie ou organes de la cavité abdominale.

3. Infection et suppuration des tumeurs de l'ovaire.

L'infection et la suppuration des tumeurs de l'ovaire, écrit Mayer, n'étaient pas rares dans le passé quand la ponction était fréquente. Mais, depuis que la ponction est employée exceptionnellement, la suppuration et l'infection des tumeurs de l'ovaire sont extrêmement rares.

Comme agents infectieux, on a pu relever les microbes les plus divers.

La voie d'infection peut être sanguine ou lymphatique.

Une prédisposition certaine est présentée par l'infection dans les altérations secondaires de la tumeur et peut-être aussi dans les qualités primitives de la tumeur.

Une *péritonite* est toujours possible (Moure et Thouvenin) elle se produit rarement, aussi longtemps que la tumeur reste fermée et la cavité abdominale protégée contre le contenu de la tumeur. Une intervention opératoire, naturellement, présente plus ou moins de dangers par suite d'une péritonite post-opératoire possible.

4. Infection tuberculeuse des tumeurs de l'ovaire.

L'infection tuberculeuse est très rare pour les tumeurs de l'ovaire, elle est exceptionnelle pour les tumeurs solides.

Sur 33 cas recueillis par Moench, dans deux cas il s'agirait de tumeurs solides, 1 cancer nodulaire (Glockner) et 1 fibro adénome (Moench).

Cliniquement l'infection tuberculeuse d'une tumeur ovarienne peut notablement empirer le pronostic de la tumeur de l'ovaire. Les adhérences intestinales augmentent les difficultés de l'intervention opératoire, qui doit se contenter d'une incision et d'un drainage. Le pronostic tient plus de la tuberculose péritonéale que de la tumeur ovarienne même.

5. Rupture des tumeurs.

La rupture de la paroi de la tumeur, est observée dans 2 à 3% de toutes les tumeurs ovariennes (Pfannenstiel). Elle peut se produire spontanément ou consécutivement à une action mécanique.

La cause réside en premier lieu dans la nature de la tumeur elle-même. Minceur de la paroi, augmentation de la pression interne, dégénérescence graisseuse, nécrose de la paroi par suite de la thrombose ou d'autres troubles de nutrition (Moure et Thouvenin) ramollissement cancéreux (Fehling, Amann, A. Mayer).

Ces ruptures se produisent surtout avec les tumeurs kystiques et nous ne faisons que les mentionner de même que les complications par tumeur au cours de la grossesse.

III

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'OVAIRE

Le *diagnostic clinique* a pour but non seulement d'affirmer l'existence d'une tumeur de l'ovaire, mais, autant que possible sa nature, son côté d'origine droit ou gauche de même que son siège intra-ligamentaire ?

1. Présence et siège d'une tumeur de l'ovaire.

En premier lieu différencier une tumeur de l'utérus d'une tumeur de l'ovaire. Quand la grossesse est exclue, l'hystéromètre peut donner des indications utiles. Si la longueur de la cavité utérine est normale ou non considérablement exagérée, on peut vraisemblablement admettre, en présence d'une grosse tumeur, qu'elle n'appartient pas à l'utérus, à part le cas où il y a un volumineux myome pédiculé rattaché à un petit utérus.

Quand l'utérus est repoussé en haut hors du petit bassin par la tumeur de l'ovaire, on trouve alors tout au moins la portion vaginale très élevée, en général en avant dans le bassin, en arrière éga-

lement, mais rarement. Suivant les circonstances on voit on sent également l'utérus avec des tumeurs ovariennes plus grandes, au-dessus de la symphyse, comme un corps mobile, localisé, qui d'après ses dimensions et sa forme laisse suspecter qu'il s'agit d'un utérus.

Naturellement, il faut tenir compte qu'une tumeur para-utérine n'est pas toujours une tumeur de l'ovaire.

On pourra affirmer avec certitude que la tumeur est ovarienne quand on peut mettre en évidence le pédicule caractéristique de la tumeur allant à la moitié supérieure du bord utérin. Ce pédicule se trouve constitué par le ligament ovarien et le début de la trompe. Le pédicule ne peut conduire qu'aux annexes et exclut par suite toute autre provenance tumorale. Il se trouve toujours sur la moitié supérieure du bord utérin et ne peut comme pour les myomes pédiculés, naître d'un endroit quelconque de l'utérus. Dans les cas simples, la preuve de l'utérus et du pédicule est le plus souvent directe par simple examen bimanuel. Dans les cas compliqués on pourra éventuellement, sous anesthésie, saisir la portion vaginale de l'utérus et l'attirer en bas. L'utérus se trouvera amené plus près de la main qui examine et le pédicule se tendra. Dans certains cas, pour tendre le pédicule, repousser en même temps la tumeur en haut.

Parfois il faut éviter de palper directement le pédicule et se contenter d'une preuve indirecte. On

peut déterminer si la traction exercée sur l'utérus fait ou non participer la tumeur. Cependant, il faut songer que la « mobilité associée » peut également se produire avec des myomes utérins pédiculés ou avec des tumeurs extra-génitales, soudées à l'utérus (p. ex. cancer de l'anse sigmoïde).

Pour sentir le pédicule, il faut des conditions préalables on peut le sentir le plus facilement quand il s'agit de petites tumeurs ovariennes, siégeant dans le petit bassin. Avec de grandes tumeurs, donnant lieu à un fort ballonnement de l'abdomen, le pédicule n'est palpable que quand la paroi abdominale, malgré la tumeur, se trouve déprimable. Une autre condition préalable, c'est que l'utérus siège à plus ou moins son endroit normal.

Dans la pratique, on doit souvent s'abstenir de la constatation de l'existence du pédicule et même de l'utérus, et se guider sur les propriétés qui parlent en faveur d'une tumeur de l'ovaire.

Pour les *tumeurs du petit bassin*, il faut noter avant tout la mobilité, la consistance tendue et la forme sphérique, qui parlent en faveur d'une tumeur de l'ovaire. En général, la tumeur de l'ovaire forme près de l'utérus une tumeur tendue, librement mobile, qui se révèle inflammatoire, ni dans les antécédents, ni d'après ses manifestations actuelles.

Le point d'origine d'une tumeur de l'ovaire à gauche ou à droite, en règle générale est facilement reconnaissable. La tumeur naît en général du côté où elle se trouve. Cependant, elle peut se trou-

ver au milieu,en cas de siège anté ou rétro utérin, ou bien il peut se produire qu'une tumeur droite se trouve à gauche par exemple ? (Cackovic). Dans ce cas, suivant les circonstances, la constatation que le pédicule naît du bord utérin droit ou que l'ovaire gauche est tout à fait normal à côté de la tumeur siègeant à droite, peut apporter quelque clarté.

Pour les grosses tumeurs remplissant toute la cavité abdominale on doit souvent laisser en suspens, la question du point d'origine droit ou gauche, quand la preuve du pédicule ne réussit pas ou que le déplacement de l'utérus d'un côté ne donne pas certaines indications. En général, la détermination précise du point de naissance, n'a pas une importance considérable. Toutefois dans certains cas exceptionnels, ceci peut influer sur la position de l'incision opératoire. De même au point de vue du diagnostic différentiel, la détermination du côté atteint peut avoir une certaine importance vis à-vis des tumeurs de la vésicule biliaire ou d'une appendicite, quand par exemple une tumeur gauche à pédicule tordu siège à droite.

On peut admettre avec certitude une tumeur *unilatérale* quand l'ovaire de l'autre côté est libre et est perçu normal. Des erreurs sont possibles quand avec une tumeur remplissant le petit bassin, on sent d'un côté une proéminence isolée, rappelant l'ovaire qui est prise pour un ovaire sain de ce côté, alors que, parfois, il s'agit non pas d'un ovaire près

de la tumeur, mais d'un reliquat d'ovaire dans la tumeur.

Le diagnostic de la *bilatéralité* repose sur la preuve certaine de 2 tumeurs nettement séparées ou sur la preuve de deux pédicules tumoraux certains. La constatation de 2 segments tumoraux n'est qu'un signe de suspicion de bilatéralité, même quand un segment se sent kystique et l'autre solide, car une tumeur unilatérale multiloculaire peut donner la même constatation à la palpation. Des différences de consistance très caractéristiques cependant, et l'absence de constatation de l'autre ovaire, éveillent plus le soupçon de la bilatéralité.

Pour déterminer, si une tumeur est *intra-péritonéale* ou *intra-ligamentaire* divers points sont importants.

Le siège intraligamentaire ne se trouve pas d'habitude avec des tumeurs collossales, mais seulement avec des tumeurs petites ou moyennes. Les tumeurs librement mobiles qui se laissent facilement repousser du petit bassin ou se déplacer dans la cavité abdominale sont, pour ainsi dire, jamais intraligamentaires mais développées presque toujours intrapéritonéalement. En outre, en général, elles sont à pédicule long et par suite facilement opérables.

Si les tumeurs dans le petit bassin sont immobiles et si en outre l'utérus se trouve comprimé fortement d'un côté et en haut, ceci est alors très suspect d'un développement intra-ligamentaire. Dans de pareils cas, on atteint souvent la portion

vaginale très haut derrière la symphyse et suivant les circonstances on peut sentir le corps utérin au-dessus du détroit du bassin sur la tumeur ou la voir proéminer en avant en cas de paroi abdominale mince. Le comportement du ligament sacro-utérin vient souvent décider. Si par le toucher rectal on sent d'une manière certaine un cordon normal, la tumeur est alors non intraligamentaire ou tout au moins ne se trouve pas entre les parties inférieures du ligament utérin large. Si par contre on ne peut percevoir le ligament, il est très vraisemblable qu'on a affaire à un siège tumoral intra-ligamentaire (Mayer).

2. Variété de la tumeur de l'ovaire.

A) *Diagnostic des kystes de l'ovaire.*

Savoir si la tumeur est *kystique* et si à l'opération elle se laisse facilement ponctionner peut être important pour le choix de la méthode opératoire. Si la palpation ne permet pas de différencier, on peut toujours dire que les tumeurs volumineuses ou très volumineuses d'habitude ne sont pas solides, mais kystiques, toutefois contenant le plus souvent plusieurs cavités isolées.

Cliniquement, la variété de la tumeur ne peut être déterminée qu'à un faible degré. Certains points d'appui sont fournis par les *dimensions* de la tumeur. Alors que parmi les petites tumeurs il peut se présenter toutes les formes de tumeurs ova-

riennes, parmi les grosses tumeurs, les fibromes, dermoïdes et cancers sont très rares.

Les *kystes folliculaires* atteignent seulement le volume du poing et ne présentent pas après de croissance.

Les kystes du corps jaune peuvent être un peu plus grands que les kystes folliculaires ; ils forment plus facilement des adhérences avec le voisinage, ils sont plus souvent immobilisés.

Les kystes dermoïdes se présentent surtout avant 30 ans, restent souvent comme petites tumeurs, peuvent cependant se trouver sous forme de gros kystadénomes. Souvent ils sont comme les kystes folliculairers à parois lisses et mobiles.

Il s'agit en général de *cystadénomes* quand on se trouve en présence de très grosses tumeurs.

B) *Diagnostic de la variété anatomique des tumeurs solides.*

En ce qui concerne les *tumeurs solides* on peut dire que la plus grande majorité (presque 90 %) sont malignes. Parmi les tumeurs malignes, la moitié à peu près concerne les *cancers primitifs*, un tiers les *cancers métastatiques* et à peu près un cinquième les *sarcomes*.

Le diagnostic des diverses variétés de tumeurs malignes se révèle déjà par des manifestations générales : croissance rapide, anorexie, amaigrissement, perte des forces, œdème des jambes, dilatation des veines sous-cutanées de la région abdominale

inférieure, altération des caractères secondaires avec apparition de pilosité anormale. Tous ces signes peuvent parfois se trouver aussi avec des processus bénins.

Au point de vue de *l'état local* on peut dire que les tumeurs malignes sont caractérisées en plus de leur qualité de *solide*, par le fait qu'elles ne sont pas extrêmement grosses. La *bilatéralité* ou *l'ascite* sont des états suspects de malignité.

La malignité peut être certaine, quand on peut constater que la tumeur a dépassé son foyer primitif d'origine et qu'elle a fait des *métastases*. Les métastases organiques en dehors de la cavité abdominale sont cependant rares et souvent difficiles à reconnaître comme telles.

Des *glanglions inguinaux hypertrophiés* ne donnent guère d'appui au diagnostic.

Les *métastases vaginales* sont rares, mais très reconnaissables et très importantes au point de vue du diagnostic du chorio-épithéliome de l'ovaire. Les plus fréquentes des métastases sont les *métastases péritonéales*, mais elles ne sont pas toujours facilement démontrables.

A elle seule, *l'ascite* n'est pas démonstrative, car elle peut également se présenter aussi avec des tumeurs bénignes. Par contre, si on peut sentir directement les métastases péritonéales sous forme de *noyaux* il ne subsiste alors aucun doute à ce sujet. Les métastases se trouvent notamment sur le péritoine du Douglas où l'on peut les constater sous

forme d'épaississement compact, avec des dimensions les plus variables, allant d'une lentille à une châtaigne. Dans des conditions d'examen favorables, les métastases peuvent également se sentir sur la séreuse intestinale ou dans les ganglions lombo-aortiques devant la colonne vertébrale à travers la paroi abdominale. Cependant des masses stercorales accumulées peuvent donner lieu à des erreurs.

Le diagnostic différentiel entre le cancer et le sarcome s'appuie d'abord sur le fait que les cancers sont plus fréquents. En outre, les cancers apparaissent à un âge plus avancé, tandis que pour les sarcomes un âge plus jeune est plus caractéristique. Les tumeurs ovariennes chez les enfants, particulièrement chez des hermaphrodites, sont presque toujours des sarcomes (Hubert, Neugebauer).

D'après Latzke les sarcomes sont presque toujours associés avec des hémorragies anormales, tandis qu'avec les cancers, il se produirait plutôt de l'aménorrhée, fait que Mayer n'a pu toujours confirmer.

C) *Diagnosttic des cancers métastatiques.*

Le diagnostic entre le cancer ovarien primitif ou secondaire est très souvent cliniquement impossible. Le jeune âge du sujet parlerait plutôt en faveur d'une métastase, car à un cancer ovarien métastatique, correspondent souvent comme tumeur mère, des cancers gastriques.

Une *stérilité* inexplicable autrement indiquerait un cancer primitif et peut être considéré comme l'expression d'une prédisposition de l'ovaire, s'exprimant d'abord par la stérilité et puis par le cancer.

Une *aménorrhée pathologique* laisse supposer une apparition tumorale métastatique, car elle est moins la conséquence de la destruction folliculaire par la tumeur que plutôt la conséquence de la cachexie générale, qui se produit surtout avec des cancers métastatiques avec leur siège primitif dans l'estomac.

Mayer attribue une certaine importance à la constatation clinique de la *bilatéralité* des tumeurs et de l'ascite. Il a trouvé :

	Avec les cancers secondaires	Avec les cancers primitifs
Bilatéralité	90,9 %	45,9 %
Ascite.....	63,3 %	32,2 %

Ainsi l'association de bilatéralité et de l'ascite parle à un degré élevé en faveur d'un cancer métastatique.

Les relations réciproques de deux tumeurs simultanées de divers organes ne sont pas toujours facilement explicables.

Souvent on ne peut répondre, si elles sont dépendantes l'une de l'autre, quelle est la tumeur mère et quelle est la tumeur fille.

III

DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS

1. Torsion du pédicule.

Le diagnostic en est facile. On trouve dans les antécédents les douleurs abdominales aiguës brusquement apparues auxquelles font suite les signes péritonéaux souvent précoces de vomissements, de ballonnement du ventre, d'arrêt des gaz et des matières ; parfois aussi troubles urinaires.

A l'examen : fièvre, parfois jusqu'à 40°, langue sèche, météorisme et sensibilité à la pression du ventre.

Une torsion pédiculaire *progressivement* apparue, très souvent ne peut être diagnostiquée, mais tout au plus soupçonnée : douleurs abdominales vagues, tension inexplicable de la paroi abdominale ; la tumeur elle-même peut augmenter rapidement de volume par suite de la stase associée à la rotation du pédicule.

D'après Grotenfelt, les crises douloureuses aiguës se produisent dans 80 % des torsions pédiculaires.

Stubler et Brandes à la Clinique Mayer ont trouvé ces crises aiguës dans 38 % de leur cas, si bien

qu'on peut considérer qu'une partie notable des rotations pédiculaires se produit progressivement, qui, cliniquement, ne sont pas facilement diagnostiquées.

2. Diagnostic de l'infection et de la suppuration.

L'infection sans torsion du pédicule, présente une fièvre autrement inexplicable et une douleur de la tumeur jusque là non présente.

3. Diagnostic des adhérences.

La présence des adhérences a une importance particulière, quand il faut décider si l'on doit opérer par la voie vaginale ou abdominale. Cependant cliniquement ceci, très souvent, n'est pas possible.

Des adhérences *légères* ne sont pas rares même avec les diverses tumeurs bénignes : Mayer les trouve dans un tiers des cas. Si, auparavant, il y avait eu une torsion du pédicule ou de l'infection de la tumeur, ou de la malignité, il faut compter avec des *adhérences marquées*.

Par l'examen interne on peut parfois sentir de fins tractus ou des réseaux.

On peut penser aux adhérences intestinales, quand la surface tumorale se sent comme coussin d'air, ou qu'à la palpation on provoque des gargouillements intestinaux prolongés.

IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il doit se poser suivant deux conditions : tantôt il s'agit d'une tumeur ou d'une lésion d'origine génitale dont il faut reconnaître la cause, tantôt il s'agit d'une affection gynécologique, utérine ou annexiable, qui simule la tumeur de l'ovaire. Les tumeurs extra-génitales viennent à être considérées principalement, quand les tumeurs se trouvent dans la grande cavité abdominale ; il s'agit par contre d'autres tumeurs génitales, quand il s'agit d'un siège dans le petit bassin (Mayer).

Diagnostic différentiel par rapport aux autres affections extra-génitales.

L'ascite libre.

Le diagnostic ne se posera qu'avec les kystes de l'ovaire ; il en est de même pour l'*ascite enkystée*. Cependant dans certains cas il est possible qu'une tumeur de l'ovaire échappe à l'examen par suite de la présence de l'ascite.

Exceptionnellement on peut percevoir une tumeur ovarienne ballottant dans le liquide comme une

tète fœtale. Les antécédents, la présence d'un utérus normal et non augmenté de volume, l'absence des bruits cardiaques fœtaux, excluent la possibilité d'une grossesse.

2° De grosses *tumeurs rénales*, *l'hydronéphrose* (Brandle), la *ptose rénale*, les *hypernéphromes* (Eymer), à une première impression peuvent être pris pour une tumeur de l'ovaire. L'aspect de la tumeur, sa position unilatérale extrême dans la région supérieure de l'abdomen parlent en faveur d'une tumeur du rein.

En tant que nées d'un organe rétropéritonéal, les tumeurs rénales ont l'intestin placé devant elles ; elles donnent un son tympanique ; aussi, la matité à la percussion de la région tumorale parle contre, tandis que le tympanisme parle en faveur des tumeurs rénales. Cependant l'intestin vide placé au-devant de la tumeur peut manquer de donner à la percussion le son tympanique. Aussi dans certaines circonstances il faut préalablement gonfler l'intestin avec de l'air ; il peut cependant survenir également des exceptions quand la tumeur rénale se trouve directement appliquée à la paroi abdominale antérieure.

En cas de *rein pelvien*, l'examen de l'appareil génital révèlera que les deux ovaires sont normaux ; en outre des examens spéciaux, tels que la cystoscopie, le cathétérisme des uretères et la pyélographie trancheront le diagnostic.

Il est exceptionnel de poser un diagnostic avec

une *hépatoptose*, un *carcinome du foie*, une *grosse vésicule biliaire* descendue jusqu'au détroit du bassin.

Rechercher dans ces cas les antécédents, les crises de colique hépatique, présence d'un ictère, selles acholiques.

A la percussion la matité de la tumeur se continue avec la matité hépatique.

Le diagnostic différentiel avec une tumeur *splénique* est en général facile : le siège, la forme, le bord tranchant de la tumeur permettent de la distinguer.

Une *appendicite* (Marcus, Ranzi) peut apporter certaines difficultés en cas de torsion pédiculaire d'une tumeur de l'ovaire droit. L'examen gynécologique pourra aider à la différencier.

Les *tumeurs stercorales* à la première impression peuvent donner l'aspect d'une tumeur de l'ovaire (Olshausen). L'examen gynécologique révèlera des ovaires normaux ; en outre le toucher rectal et les purgatifs apporteront la solution (Mayer).

Les *cancers du cæcum* et particulièrement ceux de *l'anse sigmoïde* (Narr, Richter, Eymer) sont parfois difficiles à distinguer des tumeurs ovariennes. Rechercher dans les antécédents les diarrhées ou la constipation, les ténesmes, particulièrement les selles sanglantes. Le toucher rectal qui souvent révèle une tumeur intestinale compacte ; de même le rectoscope ou la radiographie avec emploi de la bouillie opaque.

Mentionnons à titre exceptionnel, les éventrations abdominales (Hamand), une hernie étranglée (Brunzel, Cullen) les tumeurs du mésentère (Hofmeier, Bondi), les tumeurs rétropéritonéales (Schmid). L'examen ovarien dans ces cas est indispensable. La *vessie hyperpleine* qui peut fortement bomber la paroi vaginale antérieure, peut simuler une tumeur ovarienne (Olshausen). Pratiquer le cathétérisme.

Les vraies tumeurs de la vessie sont facilement distinguées par leur position derrière la symphyse et leur insertion large sur l'os ; pratiquer également la cystoscopie.

Les tumeurs de la paroi abdominale antérieure d'habitude sont facilement différenciables. La présence d'ovaires normaux résoudra dans la plupart des cas le diagnostic.

Diagnostic différentiel par rapport aux autres tumeurs génitales.

Le principal diagnostic différentiel se posera avec celui de la grossesse (Hammerschlag, Herzberg, Nardo).

L'erreur est évitable par les caractères de la tumeur, le col non ramolli, l'absence de troubles sympathiques.

Quand il y a présence d'une tumeur avec grossesse, on pourra ignorer la tumeur, si celle-ci se trouve dans la cavité abdominale derrière l'utérus,

ou bien dans d'autres cas la tumeur donnera l'impression d'une tête fœtale (Krüger).

Il est important surtout de ne pas confondre après la naissance de l'enfant, une tumeur ovarienne méconnue, pour un jumeau : constater l'absence des bruits cardiaques et surtout l'impossibilité de sentir les divers segments de l'enfant.

Il est difficile de méconnaître une tumeur ovarienne siégeant dans le petit bassin.

Quand une tumeur de l'ovaire bombe la paroi vaginale postérieure, de sorte que l'orifice utérin se trouve en position élevée, on peut la prendre pour la tête de l'enfant.

Enfin, en présence de 2 tumeurs, on peut se poser la question : Quelle est celle qui est la tumeur ovarienne et quel est l'utérus gravide. Les bruits du cœur fœtaux, la constatation des diverses parties de l'enfant, éventuellement l'examen aux rayons X permettent de diagnostiquer.

Il faut différencier avec la *grossesse tubaire* ; on constate celle-ci à côté d'un utérus pas ou peu grossi. Quand on a affaire à une grossesse tubaire rompue, signes d'anémie par hémorragie, présence de 2 pedicules entre l'utérus et la tumeur, crépitement neigeux par déplacement des caillots de sang, limites tumorales peu nettes.

Les tumeurs paraovariennes ne se présentent pas en général comme de grosses tumeurs, librement mobiles ou à pédicule tordu ; elles sont ordinaire-

ment petites et par suite de leur position intra-ligamentaire peu ou pas mobiles.

Le *myome de l'utérus*, surtout sous-séreux, avec ou sans pédicule, peut donner lieu à des confusions : on se basera sur les ménorragies typiques, l'augmentation considérable de l'utérus, présence de noyaux myomateux dans l'utérus, présence d'ovaires normaux, point de départ du pédicule tumoral d'un endroit de l'utérus.

Les tumeurs ovariennes qui doivent être distinguées des *tumeurs inflammatoires des annexes* sont celles qui sont immobiles, principalement à pédicule tordu. Présence de paramétrite, les antécédents, l'imperméabilité des trompes parlent contre une tumeur.

Il peut exister une grande similitude entre *les tumeurs annexielles tuberculeuses* et les *cancers de l'ovaire*. En faveur de la tuberculose on notera le jeune âge du sujet, présence d'un foyer tuberculeux primitif à un autre endroit du corps. La dissémination péritonéale, dans certains cas typiques est miliaire, avec des nodosités relativement égales (Hegar) ; l'examen rectal permet de sentir le péritoine du Douglas, comme une rape, ascite enkystée. Tous ces faits parlent en faveur de la tuberculose. En opposition, les femmes porteuses de tumeurs malignes sont déjà à un âge avancé ; les métastases dans le Douglas sont notablement plus grandes que les nodules tuberculeux, et de dimensions inégales.

Les *exsudats paramétriques* sont en général diffus et par suite relativement facilement distincts d'une tumeur ovarienne localisée.

Citons encore les *abcès* (Holzbach, Mayer,) ou les *hématomes* du ligament large, les *anévrysmes* de l'utérus ou de l'hypogastrique sont différenciés des tumeurs ovariennes intra-ligamentaires dans certaines circonstances, par leur frémissement.

Méthodes d'examen particulières, pour le diagnostic différentiel.

La *ponction exploratrice* autrefois très employée est actuellement exceptionnelle ; on l'emploie dans certains cas d'ascite d'origine inconnue pour rendre possible un examen gynécologique, autrement impossible par l'accumulation du liquide. Dans un de nos cas, il s'agissait d'un épithélioma cylindrique de l'ovaire et nous avons eu l'occasion de l'employer.

La *laparotomie exploratrice* vient en question pour les tumeurs malignes de l'ovaire, pour se rendre compte de l'opérabilité de la tumeur. Dans la même observation l'opérateur se contenta d'une laparotomie exploratrice et d'une biopsie, étant donné l'inopérabilité du cas par suite d'une généralisation néoplasique.

L'*examen radiologique*, comme nous l'avons déjà vu, peut être utilisé avec une bouillie opaque pour

différencier d'abord les tumeurs de l'insertion et les tumeurs rénales.

La constatation directe d'une tumeur naissant des organes sexuels, peut se faire par l'emploi préalable d'un *pneumo-péritoine*.

Plus récemment on emploie l'*insufflation tubaire* ou le *lipiodol*, pour distinguer si on a affaire à une tumeur annexielle inflammatoire ou à une vraie néoformation de l'ovaire. La perméabilité indique la tumeur (Hernandez).

V

TRAITEMENT

I. — Indications et contre-indications du traitement opératoire.

Mayer classe les *indications opératoires* des tumeurs ovariennes en trois groupes :

1° Tumeurs sans troubles.

2° Tumeurs avec troubles.

3° Tumeurs malignes.

1° Etant donné que même des petites tumeurs peuvent être malignes et quoique pendant un certain temps il peut ne pas se présenter de troubles menstruels ou de douleurs, il faut intervenir.

2° Pour les tumeurs ovariennes qui donnent lieu à des troubles, l'indication opératoire est formelle, toujours ; en cas de torsion aiguë des pédicules, même avec fièvre, il faut intervenir immédiatement.

3° Les tumeurs malignes ou suspectes de malignité doivent être opérées aussitôt que possible. La suspicion de la malignité est justifiée par l'ascite des tumeurs ovariennes solides et bilatérales ou chez de très jeunes sujets.

En cas de métastases ovariennes dont la tumeur-mère se trouve à l'estomac, les indications opératoires sont discutables, l'intervention en général donnant peu de perspectives de guérison durable. Pour Mayer en premier lieu il faut enlever la tumeur mère.

En cas que l'une des deux tumeurs soit opérable, on peut opérer celle qui est opérable et soumettre l'autre aux rayons X.

Comme contre-indications opératoires on considérera la présence d'une tumeur maligne inopérable chez un sujet âgé ou dans un mauvais état général.

L'âge élevé ou la première enfance cependant, ne doivent pas, à eux seuls, constituer une contre-indication opératoire. Wiel sur 130 femmes ayant dépassé 70 ans, dont la plus âgée avait 94 ans, a constaté une mortalité opératoire de 12,3 %. La mortalité opératoire élevée des vieillards est due aux complications post-opératoires. Actuellement l'âge ne constitue pas une contre-indication, du moment que les organes vitaux sont dans un bon état.

Toutefois un âge très élevé, en présence de tumeurs bénignes qui forment la majorité dans ces cas et donnent peu de troubles, peut servir de contre-indication, la tumeur ne mettant pas en danger la vie de la malade, alors que l'opération peut la tuer.

Sur 60 enfants opérés au-dessus de 10 ans, dont la plus jeune avait 3 mois, Wiel trouve une mortalité de 22,4 %. Au-dessous de 4 ans cette mortalité d'après Kelly s'élèverait à 50 %, au-dessus à 17,3 %. Ces mauvais résultats tiennent moins à l'âge

de l'enfant, qu'au fait que dans ces années il s'agit souvent de tumeurs malignes, ce qui rend naturellement les résultats opératoires désastreux. Sur 175 tumeurs ovariennes on a trouvé chez les enfants jusqu'à 15 ans pas moins de 60-34,3 % de cas malins.

D'après Wiel, chez les enfants au-dessous de 5 ans on trouve des sarcomes dans 29,1 % des cas et entre 5-10 ans dans 24,4 % des cas.

A moins de nécessité absolue, il faut éviter d'opérer au moment de la menstruation, les organes étant à cette période congestionnés et la résistance générale des malades étant moindre.

De même, la grossesse, l'accouchement et les suites de couches n'ont pas de contre-indications formelles, seulement ils peuvent suivant les circonstances retarder l'intervention.

2. **Technique de l'intervention**.

L'ovariotomie abdominale ou l'hystérectomie abdominale sont les seules interventions que l'on pratique de nos jours.

1. Incision de la paroi abdominale.

Pour Mayer le siège de l'incision dépend des particularités de chaque cas.

Il conseille l'incision sus-symphysaire transversale, qui est utilisable même pour des grosses tumeurs. Cependant comme l'incision transversale

ne sera pas suffisante pour une tumeur énorme ou qu'on ne pourra pas avoir suffisamment de jour, il faudra en pareil cas préférer l'incision longitudinale, qui doit parfois dépasser l'ombilic. De plus, on peut toujours facilement prolonger cette incision suivant les nécessités.

2. L'ouverture de la cavité abdominale.

Elle se fera le plus facilement au pôle supérieur, vers l'ombilic.

3. L'extirpation de la tumeur.

Des difficultés techniques, particulièrement les tumeurs à siège intra-ligamentaire : le rectum, la vessie, les uretères ne doivent pas être lésés.

Au cours de l'énucléation de la tumeur, il peut se produire des dénudations larges du paramètre qui sont difficilement et mal péritonisables et rendent parfois nécessaire le tamponnement et le drainage vaginal. Cependant pour un opérateur expérimenté dans la péritonisation, le tamponnement à la façon de Mikulicz n'est que rarement nécessaire.

Certains points méritent d'être étudiés avec quelques détails.

A) La conservation de reliquats de l'ovaire malade a été étudiée par les auteurs allemands. Pour ceux-ci, chez un sujet jeune, au cours de l'ablation définitive d'une tumeur de l'ovaire, il faut s'informer de

l'état de l'autre ovaire. Dans certaines circonstances en cas de tumeurs bénignes, on peut même réséquer en abandonnant un fragment de l'ovaire. On a pu constater ainsi non seulement la conservation de la menstruation mais aussi des grossesses.

Il faut considérer, suivant Mayer, trois situations différentes pour la *résection de l'ovaire*.

1° Des cas où dans la région du hile il subsiste un fragment ovarien intact détaché de la tumeur. Dans ce cas on pratiquera la résection : deux incisions cunéiformes des deux côtés avec suture consécutive de la plaie (Schröder, Martin, Mallhai, Gersuny, Pozzi, etc.).

2° Au premier abord il semble ne plus exister de tissu ovarien ; mais à un examen plus soigné on peut reconnaître sur la paroi de la tumeur des fragments ovariens ; on peut en détacher une plaque de tissu épaisse de quelques millimètres, et par une plastie ovarienne former souvent un ovaire à aspect à peu près normal.

3° Si le reliquat de l'ovaire siège à la périphérie de la tumeur, Freund recommande de fendre la tumeur et de rechercher à la vue et au doigt la paroi pour découvrir les restes de l'ovaire, qu'il excise en conservant un peu de tissu de la capsule et qu'il implante dans le pédicule tumoral.

Gersuny met en doute la valeur de la conservation d'un fragment de l'ovaire, car il craint que même les tumeurs bénignes rendent le reliquat ovarien incapable de fonctionner. Cette conception est con-

tredite par le fait de la menstruation conservée ultérieurement.

Les indications de la résection ovarienne sont limitées et les auteurs français ne l'admettent guère, sauf chez une malade jeune, porteur de tumeurs bénignes, surtout bilatérales. En cas de malignité ou de suspicion de malignité on doit éviter cette résection économique ; de même il faudra l'éviter pour les tumeurs bénignes infectées.

La *réimplantation* du reliquat ovarien est indiqué chez les malades jeunes, chez lesquelles on veut conserver la menstruation, mais où la résection ne réussit pas, soit que la maladie soit bilatérale ou que l'ovaire malade soit unique.

Comme lieu d'implantation on choisi d'habitude la paroi abdominale, où le greffon sera placé sous la gaine du droit. Dans les cas favorables on peut empêcher les manifestations aménorrhéiques et conserver la menstruation. C'est surtout à Tuffier que l'on doit le procédé de ces greffes ovariennes. On peut encore pour conserver la possibilité de la conception, implanter le reliquat ovarien sur la trompe fendue ou le moignon tubaire ; des cas ont été rapportés avec grossesses consécutives (Tuffier, Baribindge, Seaman, Steinbüchel).

Enfin on peut implanter le fragment ovarien dans la cavité utérine même, à l'instar de ce qu'a fait Tuffier dans certains cas d'oblitérations tubaires ou d'hystérectomies partielles.

B) Conduite a suivre vis-a vis de l'autre ovaire, de l'utérus et du voisinage. — *a*) La conservation du *second ovaire* n'est pas à considérer après la ménopause. Dans ces cas, même en présence de tumeurs bénignes et même si cet ovaire semble sain on l'enlèvera. Wells, Velits et Pfannenstiel ont constaté que dans 1,3 % des cas l'ovaire laissé en place présentait ultérieurement une dégénérescence maligne.

Il en est autrement pour des malades jeunes ; il faut conserver autant que possible du tissu ovarien. On se comportera différemment suivant que la tumeur est maligne ou bénigne.

Si la tumeur est bénigne et l'autre ovaire sain, on conservera celui-ci. Cependant dans les cas de pseudo myxome, Glockner après ovariotomie unilatérale a constaté des récidives dans 4,9% des cas et après ovariotomie double seulement 0,9 %.

Les opinions sont partagées en ce qui concerne la conservation chez une femme jeune, de l'ovaire paraissant sain, porteur d'un ovaire avec dégénérescence maligne. Ainsi Odin, d'après Mayer, pense qu'en cas d'affection unilatérale, l'ovariotomie unilatérale donne des résultats aussi favorables que l'ovariotomie double. Cependant il y a danger d'une récidive, comme le démontrent les chiffres cités par Bumm et Schäfer. Aussi Steffek et d'autres recommandent même en cas de maladies unilatérales de pratiquer l'ovariotomie double.

D'après Zangenmeister on obtient des résultats

meilleurs avec une ovariotomie double que simple ; cependant ces différences sont peu sensibles, et il pratique la double ovariotomie, en se basant surtout sur l'âge.

Mayer, consultant les résultats durables trouve les pourcentages suivants : après ovariotomie unilatérale 34,6 %, après ovariotomie double 26,9 % et après opération radicale 38,5 %. Pour lui l'opération radicale donnerait les meilleurs résultats, surtout quand on enlève également l'utérus.

Il y a encore des cas, où après une ovariotomie unilatérale, on constate la malignité de la tumeur au microscope. Il se pose alors la question si on doit refaire aussitôt que possible une deuxième laparotomie ou se contenter de cette ovariotomie unilatérale.

Il est certain que jusqu'à un certain point de vue, il y a possibilité d'une extension de la tumeur dans l'ovaire malade. Les tumeurs bien pédiculées seraient moins dangereuses que celles à base large. La nature anatomique de la tumeur n'est peut-être pas indifférente. A ce point de vue Döderlein considère les adéno-carcinomes papillaires comme les plus dangereux : sur 24 opérés 20 = 83,3 % surviennent 14 mois après des récidives.

Pour les cancers métastatiques de l'ovaire, il est vraisemblable que dans le second ovaire il y a déjà des germes tumoraires à l'état latent. Pratiquement, il faut considérer que les cancers métastatiques de

l'ovaire sont très fréquents; d'où la nécessité d'enlever les deux ovaires.

En résumé, en cas d'affection unilatérale, après la ménopause on enlèvera les deux ovaires. Pour des jeunes sujets avec des tumeurs bien pédiculées et non métastatiques on pourrait se contenter d'une ovariotomie unilatérale. Mayer ne considère pas comme indispensable, d'enlever aussitôt que possible le deuxième ovaire, dans le cas où la tumeur ovarienne enlevée, s'est montrée être cancéreuse.

En cas de tumeurs métastatiques de l'ovaire, il vaut mieux enlever les deux ovaires.

b) *Conduite à tenir vis-à-vis de l'utérus.* — Quoiqu'en général les cancers ovariens donnent rarement lieu à des métastases, Frankl admet qu'ils sont beaucoup plus fréquents qu'on ne l'admet en général, qu'ils sont sous une forme microscopique, révélable par la dureté de l'utérus. Aussi obligation de pratiquer également l'hystérectomie.

Les résultats éloignés dans ces cas sont meilleurs. Dans les cas indemnes de récidives. Glockner trouve 61,6 % où l'hystérectomie a été pratiquée ; dans les cas à récidives cette proportion descend à 36,3 %. Par contre Mayer consultant son propre matériel trouve une guérison durable par ovariotomie unilatérale dans 34,6 % des cas et pour l'opération radicale 38,5 %.

En cas de tumeur bilatérale on enlèvera l'utérus devenu inutile.

Pfannenstiel en présence d'un cancer de l'ovaire enlève également les paramètres.

Il va de soi que l'extirpation des parties malades de l'épiploon est indiquée, quand elle est pratiquée.

Rosenstein conseille d'enlever aussi le péritoine sain du Douglas, à cause de la grande fréquence des récidives à cet endroit.

Pour le chorioépithéliome, certains auteurs (Hitschmann, Christofoletti) intentionnellement n'enlèvent pas les métastases qu'ils soumettent à la radiothérapie, pour ne pas disperser des particules cancéreuses.

VI

RADIOTHÉRAPIE DES TUMEURS DE L'OVAIRE

En premier lieu, écrit Mayer, dans l'application des rayons pour des tumeurs malignes de l'ovaire, il faut distinguer celles qui sont *opérables*, de celles qui sont *inopérables*.

Parmi les premières il faut différencier les *grosses* des *petites* tumeurs. En effet on a pu constater à plusieurs reprises qu'il est impossible d'irradier en totalité une grosse tumeur avec le « Carcinom-dosis » On ne peut établir une comparaison avec le cancer de l'ovaire. En outre si on dépasse la dose « Carcinom-dosis » on court le grand risque de provoquer l'ulcération de la tumeur avec ses conséquences désastreuses. Le résultat obtenu n'aura rien de définitif, à part une atrophie ou une diminution partielle de la tumeur pendant un certain temps (jusqu'à 18 ans). Par contre on ne peut espérer une guérison durable. Il n'en est pas de même pour de petites tumeurs de l'ovaire qui pourront être irradiées en totalité ; leur volume ne doit pas dépasser celui d'un œuf de poule. Il en est de même pour les

reliquats néoplasiques non extirpés au cours de l'opération (Seitz et Wintz). Dans ces cas, les malades restèrent 2-3 ans sans présenter une récidive quelconque, dans un excellent état de santé.

De ces faits on peut déduire que l'action des rayons X dépendrait plus du volume que du caractère des cellules de la tumeur. Toutefois jamais on n'observa une guérison définitive.

Il faut reconnaître cependant que la radiothérapie des cancers inopérables ou incomplètement opérés, ne reste pas sans valeur. C'est ainsi que Ford rapporte les résultats qu'il obtint à la clinique Mayer dans 59 cas de cancer de l'ovaire traités par l'opération et consécutivement soumis aux rayons X, au cours de la période 1920-1924 :

Dix-huit cas ont présenté des survies de 4 à 7 ans ; dix-sept sont toujours en vie, quatre cas ont été perdus de vue.

Ces résultats, écrit Ford, sont supérieurs au traitement par la seule intervention chirurgicale ; ils sont particulièrement démonstratifs dans les cas incomplètement opérables et inopérables. L'auteur fait remarquer que chez les femmes cachectiques, on obtient des résultats supérieurs avec des rayons X faiblement dosés et répétés que par l'emploi des doses massives.

v. Franque observa une malade, porteur d'une tumeur du volume d'un poing et de métastases ganglionnaires abandonnées au cours de l'opération et soumises à la radiothérapie. Cette malade un an

après l'opération ne présentait aucune trace de récidive et se trouvait en parfaite santé.

Schaeffer est également partisan de la roenthgenthérapie profonde prophylactique faite six semaines après l'opération ; ce procédé lui donna de bons résultats en prévenaut les récidives. Sur 20 cancers de l'ovaire ainsi traités 50 % n'ont pas récidivé. L'auteur constate aussi que c'est un résultat supérieur à celui fourni par la seule opération. Schmid arrive aux mêmes conclusions recommandant l'opération radicale la plus précoce possible et radiothérapie consécutive. Schleyer conseille la radiothérapie pour les suites opératoires.

Mayer a constaté dans 6 % des cas soumis à la radiothérapie post-opératoire, la disparition ou tout au moins la latence des reliquats cancéreux.

Des malades chez lesquels la laparotomie exploratrice révéla un carcinome péritonéal étendu, après radiothérapie il y eut disparition de troubles se maintenant toujours 3 et même 8 ans après (Schaeffer et Zweifel).

La survie dans ces conditions peut être du double de la survie habituellement observée après l'opération seule ; en moyenne elle est de 2 ans et demi et rend les malades capables de reprendre leurs occupations habituelles.

Certains auteurs, par principe, soumettent leurs malades porteurs d'une tumeur maligne opérée de l'ovaire, à une radiation post-opératoire, d'autres ne

le font qu'en constatant la présence de reliquats cancéreux.

Un autre effet consécutif à la radiothérapie c'est qu'elle permet dans certaines circonstances de rendre des tumeurs primitivement inopérables, susceptibles d'être opérées.

Les rayons X se trouvent également indiqués pour les récidives ; ainsi par exemple Walthard a observé une récidive inopérable devenir progressivement opérable. De même Schafer a constaté la disparition d'une tumeur récidivante de la paroi abdominale après application du radium. Toutefois, on n'emploiera ce dernier que pour des tumeurs directement accessibles, pour les autres cas, on lui préférera les rayons X.

J. Schaeffer, Zweifel, Seitz et Wintz insistent sur la nécessité d'irradier non seulement tout le bassin mais également la cavité abdominale et particulièrement ne pas mettre la partie supérieure de l'abdomen. Ainsi une malade présente au cours d'une dernière laparotomie, une intégrité complète de la partie inférieure de son abdomen, alors qu'à la partie supérieure de l'abdomen au niveau supérieur du champ d'irradiation, on constatait un essaimage de masses cancéreuses. En résumé les irradiations doivent se faire à travers la paroi abdominale et aussi à travers la paroi du dos, le sacrum et le vagin.

Il faut pour pouvoir apprécier l'activité des rayons X, puis les cancers inopérables, pouvoir

porter un diagnostic exact et certain de « cancer ». Car comme le fait observer Mayer, il arrive que des tumeurs diagnostiquées « cancers inopérables » se soient montrées ultérieurement être des tumeurs bénignes. L'inverse est encore plus grave pour des malades porteurs de tumeurs malignes méconnues et qui ont été irradiées (Aubert, Eymer).

Certains, comme Walthard font une irradiation anté-opératoire dans le but de prévenir une dissémination possible du cancer par l'opération.

Dans les *sarcomes*, l'irradiation semble se montrer des plus efficaces d'après Seitz et Wintz. Cependant il faut se méfier d'un diagnostic porté sans une opération de contrôle. C'est ainsi que Eymer, après une diminution préalable sous l'influence de la radiothérapie, voit la tumeur reprendre rapidement son extension. En résumé, ce qu'on peut certifier, c'est que l'association de l'acte opératoire avec radiothérapie post-opératoire améliore les résultats éloignés.

VII

PRONOSTIC

Le pronostic est différent suivant qu'on aura affaire à une tumeur *non proliférative*, à croissance limitée ; car l'état général se trouve alors peu altéré et la vie n'est pas en danger.

Ainsi le fibrome à ce point de vue est bénin ; toutefois si par elle-même elle ne comporte pas un danger notable, par les complications de toute nature qu'elle peut provoquer, dans certains cas, le pronostic devra être réservé.

En cas de tumeurs prolifératives il y a une grande différence entre les tumeurs *bénignes* et *malignes*.

Comme toutes les tumeurs malignes, celles de l'ovaire présentent un danger vital si elles ne sont pas enlevées, aussitôt le diagnostic posé. On peut espérer une guérison sans récidives dans certains cas de sarcomes enlevés de bonne heure. Le pronostic de cancer est toujours très grave particulièrement en cas de bilatéralité.

En ce qui concerne les possibilités de maternité, on constate la *stérilité* ou l'*avortement* dans 14,7 % des cas : compression de l'utérus, coudure des trompes et processus périmétriques et vraisemblablement aussi troubles de secrétion interne.

Le pronostic se trouve en général aggravé par la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Résultats opératoires.

En cas d'intervention *incomplète* comme cela se produit par des tumeurs malignes avec métastases, les résultats opératoires immédiats ne sont pas favorables. Alors que sur 18 opérations radicales, Doderlein n'en perdit aucun, sur 46 opérations incomplètes il y eut 11 = 21,7 % de mortalité post-opératoires primitives.

Cependant même dans les cas d'opérations incomplètes pour tumeurs malignes, certaines comme Schäffer et Hofmeier, rapportent que malgré la présence de métastases abandonnées au cours de l'intervention, il y eut des survies de malades de 4 ans 1/2 à 6 ans et suffisamment rétablis pour être capables de se livrer à leurs occupations habituelles.

On peut retirer des avantages même avec une opération aussi complète que possible, de manière à éviter les récidives, il faut néanmoins se guider également suivant les cas individuels, d'après l'état plus ou moins misérable dans lequel elles se trouvent et leur faculté de résistance.

Mortalité opératoire.

En parcourant les diverses statistiques, on trouve suivant les auteurs des chiffres différents concernant la mortalité post-opératoire.

Olshausen : 4 %.
Martin : 8,5 %.
Schauta : 8,1 %.
Zweifel : 5,17 %.
Doyen : 8 %.
Mandl : 9,4 %.
Hofmeier : 11,6%.
Pfannenstiel : 5 % et 11,1 % pour les cancers.
Estor et Puech : 21 %.
Dreyfus : 6 %.
Bumm-Schäfer : 17,1 % (tumeurs malignes).
Massabuau et Etienne : 23,23 % (cancer).
Segalowitz : 5,25 % et 17,98% (tumeurs malignes).
Döderlein : 3,5 % et 16 % (tumeurs malignes).
Mayer : 5,7 % et 11,4 % (tumeurs malignes).
Schleyer : 12,37 %.

Dans la statistique de M. le Professeur Gosset que nous avons utilisée, 22 opérations radicales n'ont donné aucune mortalité post-opératoire immédiate.

Parmi les causes de la mortalité opératoire en dehors de la péritonite qui compte en général dans près de la moitié des cas, il faut noter l'embolie pulmonaire, la pneumonie, la cachexie, etc.

Alors que certains auteurs constatent que l'ovariotomie simple leur donne une mortalité moindre : Döderlin 1,3 %, Zweifel 1,7 %, Hofmeier 1,45 %, Massabuau et Etienne sur 111 cas de cancer de l'ovaire, recueillis dans la littérature de l'hystérectomie leur donne mortalité inférieure :

Ovariotomie simple : 24,48 %.

Ovariotomie double : 22,22 %.

Hystérectomie : 9,09 %.

La gravité de l'hystérectomie ne peut donc plus être invoquée par les partisans de l'ovariotomie, écrivent ces deux auteurs.

La présence des *adhérences* semble jouer un rôle des plus importants dans la mortalité opératoire :

Avec adhérences sur 186 cas : 34,4 % de mortalité opératoire.

Sans adhérences sur 74 cas : 10,6 % (Ester et Puech).

Il est évident que les résultats auront d'autant plus de raisons d'être favorables, que l'opération aura été faite plus précocement et plus radicalement, avant l'extension de la tumeur, de la formation d'adhérences et de métastases étendues.

L'*ascite* semble jouer un rôle important dans la mortalité opératoire.

Laparotomie exploratrice avec ascite : 25 %.

Laparotomie exploratrice sans ascite : 11,4 %.

Résultats éloignés.

Pratiquée chez de jeunes sujets, l'ovariotomie double donne lieu dans l'avenir à des symptômes de *ménopause*.

Ce qui est particulièrement important à connaître, c'est l'avenir des porteurs opérés pour des tumeurs malignes, car en général pour les tumeurs

bénignes (fibromes) on ne constate pas de récidives.

Les résultats éloignés après opération radicale pour cancer de l'ovaire suivant les diverses statistiques sont les suivants :

Sur 38 opérées radicalement après 5 ans : 21 % étaient dans un bon état de santé (clinique Stöckel).

Sur 70 opérées de Bumm, après 5 à 10 ans, 17 (14 %) étaient guéries (Schäfer).

Zweifel donne 30 % de guérisons durables et des guérisons absolues d'environ 10 %.

Sur 59 malades opérées pour cancer et suivies, Massabuau et Etienne constatent que 48 sont mortes de récidives et 11 ont survécu. La durée de survie après récidive est en général très courte six mois au maximum. Ménil en 1910 relève 29 guérisons durables de 2 à 18 ans.

Il faut noter l'importance de la bilatéralité des lésions malignes. Ainsi alors qu'une guérison survient dans 2.8 % des cas bilatéraux, elle est de 40 % pour les cas unilatéraux (Schäfer).

Les tumeurs de Krukenberg à ce point de vue sont particulièrement défavorables. La plupart sont mortes avant neuf mois, en général déjà au cours des 2-4 mois après l'opération.

Sur 11 cas de tumeurs de Krukenberg, Mayer a pu constater une seule malade vivante après 6 ans.

Les *récidives* après cancer de l'ovaire radicalement opérées ont été constatées suivant diverses statistiques d'après :

Tauffer : 15 %.

Pfannenstiel : 42 %.

Glockner : 70 %.

Estor et Puech 70 %.

Schmidlechner : 86,2 %.

En ce qui concerne la date d'apparition des *récidives*, nous trouvons chez Mayer :

76 % de récidives se sont produites au cours de la première année.

15,3 % au cours de la 2e année.

7 % au cours de la 3e année.

Après une durée d'observation de 3 ans, sur 122 opérés il reste 24,5 % d'opérées en bonne santé dont 41,2 % opérées pour des lésions unilatérales et 6,7 % opérées pour des lésions bilatérales.

Sur 22 cas de *sarcomes* opérés, dans la statistique de Mayer 2 = 10 % étaient inopérables et 40 % étaient bilatérales ; dans 32 % des cas il y avait des métastases. La mortalité opératoire était de 27,2 %. Les survies post-opératoires après 3 ans étaient dans une proportion de 36,4 %.

Des fibro-sarcomes donnent de meilleurs résultats que les autres formes de sarcomes ; sur les 8 cas de guérison de sarcomes opérées par Mayer 5 étaient des sarcomes à cellules fusiformes.

En résumé, nous pouvons conclure que la précocité de l'intervention et le procédé d'intervention le plus radical, assurent dans la majorité des cas de tumeurs malignes la guérison la plus durable.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS INÉDITES DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA SALPÊTRIÈRE

Fibromes.

Observation N° 1.

Mlle G..., 52 ans.

Début, par des vertiges sans caractères spéciaux. Il y a un an. N'est plus réglée depuis l'âge de 42 ans. Jamais de douleurs dans l'abdomen, ni dans les fosses iliaques. Le 20 octobre 1923, forte perte sanguine avec nombreux caillots, cette perte a duré 18 heures et a cessé spontanément avec le repos. Aucune douleur concomitante. Depuis, les pertes ne se sont pas reproduites.

Compte-rendu opératoire du 8 novembre 1923 :

Opérateur : Professeur Gosset.

Aides : MM. Lœwy et Braine.

Anesthésie à l'éther : Dr Boureau 17'.

Diagnostic opératoire : tumeur solide de l'ovaire gauche. Utérus infantile, épiploïte.

Nature de l'intervention : castration unilatérale gauche. Résection de l'épiploon.

Laparotomie médiane sous-ombilicale On voit un utérus atrophié ; à gauche, tumeur solide de l'ovaire, greffée dans le petit bassin. On l'enlève avec la base d'implantation ainsi que la trompe gauche. A droite ovaire atrophié. Ligature des pédicules vasculaires au catgut. Petit drain n° 25 à cause d'un suintement au niveau de l'implantation. L'épiploon adhère à la paroi abdominale, on le libère et on le resèque en le liant en 3 paquets. En terminant, on regarde l'appendice, et comme il est rétro-cæcal et atrophié, on le laisse en place. Fermeture de la paroi à la soie.

La pièce ouverte n'a pas un très bon aspect, on en fera un examen histologique.

Changement de drain le 13 nov. ablation du drain et des fils le 18 nov. Lever le 24. Départ le 26.

Urée sanguine : 0,31 par litre.

Temps de saignement : 2' 1/2.

Temps de coagulation : 7'.

Examen anatomo-pathologique : tumeur de l'ovaire gauche.

Tumeur solide de l'ovaire appartenant à la lignée conjonctive. Toute trace d'ovules primordiaux et de formation ovarienne a disparu ; il n'existe plus qu'un tissu fibroblastique d'aspect embryonnaire plus ou moins différencié selon les zones.

Des fibres collagènes sont interposées entre les fibroblastes. Il s'agit d'une tumeur actuellement bénigne de l'ovaire, d'un fibrome ovarien.

Suites opératoires normales, la malade quitte l'hôpital dans un bon état général et avec sa plaie cicatrisée.

Suites éloignées : il nous a été impossible de retrouver la malade.

Observation N° 2.

Mme W..., 63 ans.

Entre le 19 février 1924, départ le 20 mars 1924.

Diagnostic : kyste de l'ovaire avec ascite libre. Augmentation de volume du ventre, rapide depuis 3 semaines, avec troubles gastriques. Pas de pertes. Léger amaigrissement.

Actuellement : ascite libre avec masse dure mobile flottant dans ascite.

Masse irrégulière, à point de départ pelvien, le col est très haut et on se rend compte qu'il s'agit d'une lésion annexielle végétante avec ascite. Pas d'œdème des jambes.

Bon état général.

Temps de saignement : 3 minutes.

Temps de coagulation : début, 7 m. ; termin. 9 m.

Urée sanguine : 0,47 d'urée par litre.

Rien dans l'appareil cardio-pulmonaire.

Compte-rendu opératoire :

Opérateur : Professeur Gosset.

Aide : Desplas et Larjet.

Anesthésie : éther. Temps : 13'.

Résumé de l'intervention : laparotomie médiane sous-ombilicale. On voit une tumeur solide de l'ovaire gauche, sans adhérences, grosse comme une tête d'enfant à terme. Ascite non hémorragique. On fait une castration unilatérale gauche. Ligature des pédicules au catgut. On laisse l'appendice pour ne pas allonger l'opération et on ferme la paroi abdominale à la soie. Pas de greffes sur le *péritoine*.

Examen histologique : tumeur solide de l'ovaire gauche.

La stroma néoplasique est constitué par une masse amorphe dans laquelle on distingue çà et là des trousseaux collagènes d'épaisseur très variable.

Dans ce stroma on reconnaît de nombreuses cellules rameuses, étoilées anastomosées entre elles.

Des vacuoles parfois volumineuses apparaissent dans ces cellules et sont constituées par un liquide d'œdème abondant.

En résumé : fibrome ovarien en métaplasie myxoïde, tumeur histologiquement bénigne.

La malade quitte l'hôpital avec sa plaie cicatrisée.

Suites éloignées : il nous a été impossible de revoir cette malade.

Observation N° 3.

Mme D..., 67 ans. Entrée 28 février, sortie 29 mars 1924.

Jamais d'enfants, pas de fausses-couches.

Ménopause depuis l'âge de 42 ans. Depuis 8, 10 ans, après une journée de fatigue, élancements dans le bas-ventre avec douleurs sourdes irradiant parfois dans la région lombaire. Aucune perte. Pas d'augmentation de volume du ventre notable pendant cette période. Constipation habituelle. Pas de troubles de la miction. Pollakiurie.

Le 17 février 1924 est réveillée brusquement pendant la nuit par une douleur très vive dans la fosse iliaque droite irradiant dans tout le ventre. (Huit jours après une indigestion et de la gastro-entérite), nausées, mais peu de vomissements. Cette douleur très vive a duré quelques instants, a persisté toute la nuit un peu atténuée. Le lendemain matin

ballonnement du ventre, plus de selles sauf avec lavements. Les douleurs se sont reproduites les jours suivants jusqu'à l'admission à la salle Terrier, température à 39°5, frissons.

A l'entrée : ballonnement du ventre, toutefois le ventre n'est pas très dur, sensibilité et défense surtout à droite au-dessus de l'ombilic.

Toucher : fibrome multilobé dont la palpation est très douloureuse, très mobile. Un des lobes est à un travers de main au-dessus du pubis à droite. L'ensemble est mobile et les mouvements se transmettent au col. Le col est petit et sans ulcérations.

Diagnostic : *fibrome multilobé* ayant donné lieu à des accidents aigus.

Cœur gros. Ombre aortique augmentée. Hémorragie nasale ayant duré 5 heures et ayant nécessité le tamponnement. Ecchymoses. Coagulabilité : 7' à 24°, 5' 1/2 à 21°. *Azotémie* : 0 gr. 22. Urines : urée par litre 14,75. Chlorures : 5,36. Albumine légère. Sucre : 0.

Compte-rendu opératoire 6 mars 1924 :

Opérateur : Dr Lœwy.

Aide : Poporitich.

Anesthésie : Rachis (scurocaïne).

Diagnostic opératoire : tumeur de l'ovaire à pédicule tordu côté droit.

Nature de l'intervention : ablation de la tumeur.

Laparotomie médiane, sous-ombilicale. On voit immédiatement une tumeur dure de l'ovaire droit du volume d'un gros poing, d'aspect et de tenue en voie de sphacèle, à pédicule tordu dans le sens des aiguilles d'une montre. On

détourne le pédicule et on fait l'ablation de la tumeur de l'ovaire en laissant la trompe par ligature au-dessous du méso-ovaire avec un fort catgut.

Péritonisation. — L'utérus porte un petit fibrome extérieur du volume d'un œuf qu'on laisse délibérément en place, de même aucune tentative d'enlever l'appendice, à cause de l'état général (mauvais cœur, albumine).

Paroi à 2 étages à la soie, dans le péritoine et les muscles.

Ablation des fils. Bonnes suites opératoires. Sort avec sa paroi créatrice.

Examen anatomo-pathologique : tumeur de l'ovaire.

Tumeur solide de l'ovaire avec torsion du pédicule, hémorragie interstitielle et sphacèle partiel.

Il s'agit d'un fibrome ovarien très évolué, avec très faible proportion de fibroblastes à topographie prédominante périvasculaire.

Des fibres collagènes denses constituent la presque totalité du néoplasme.

Aucune transformation cancéreuse, la tumeur reste histologiquement bénigne.

Malade revue en juin 1930 et malgré même ses 73 ans, elle se porte très bien.

Observation N° 4.

Mme G... Berthe, 43 ans, entrée 30 juillet, sortie 25 septembre 1924.

Troubles gastriques. Douleurs tardives (2 h. 1/2 à 3 h.). Vomissements bilieux, sans acidité, non alimentaires. Jamais vomi de sang. Pas de sang dans les matières. Pas de

constipation. Quelques débâcles diarrhéiques, gros amaigrissement.

Les règles ne sont pas venues depuis 6 mois ; quelque temps après son opération en mai 1924, quelques pertes sanglantes, d'odeur fétide.

T. V. : Col petit normal. On sent une grosse tumeur dure, remontant à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tumeur est plutôt antérieure, mais on la sent également dans le Douglas. Tumeur assez irrégulière, présentant plusieurs lobes et de petits noyaux. Légèrement douloureuse. Quelques petites pertes blanches.

Sang : coagulabilité à 5' à 23°.

Azotémie : 30 %.

Compte-rendu opératoire du 6 août 1924 :

Opérateur : Professeur Gosset.

Aides : MM. Petit-Dutaillis et Raiga.

Anesthésie à l'éther : Dr Boureau 17'.

Diagnostic opératoire : tumeur solide des 2 ovaires.

Nature de l'intervention : castration bilatérale. Incision médiane sous-ombilicale, on prolonge l'incision au-dessus de l'ombilic jusqu'à l'ancienne incision. On voit une grosse tumeur solide de l'ovaire droit, du volume d'une tête, adhérente dans le fond du petit bassin à l'S iliaque ; on la libère et on fait une castration droite ; du côté gauche, tumeur blanche de l'ovaire, grosse comme une orange ; on en fait également l'ablation et on laisse l'utérus qui est en bon état. Ligature des pédicules au catgut. L'appendice étant normal on le laisse en place. Fermeture de la paroi à la soie.

13 août : ablation des fils.

25 août : sort du service.

Réopérée le 27 août 1924 (page 149, volume 25) d'urgence, occlusion par adhérence.

Examen anatomo-pathologique : tumeur solide de l'ovaire droit (poids 1.550 gr.). Tumeur solide de l'ovaire gauche (poids 198 gr.).

Tumeurs conjonctives des 2 ovaires présentant une formule histologique rigoureusement identifiée.

Fibrome jeune mais nettement différencié et aboutissant à la production d'épais trousseaux collagènes. Les noyaux sont analogues à ceux des fibroblastes et ne présentent aucune anomalie de mitose.

Aucune trace de dégénération cancéreuse ni inclusions épithéliales, ni infiltration calcaire.

Suites normales post-opératoires, la malade part avec sa plaie cicatrisée.

Suites éloignées : Il ne nous a pas été possible de revoir la malade.

Observation N° 5.

Mme M..., 61 ans. Entrée 29 avril. Décédée 30 mai 1926.

4 enfants, deux vivants. Couches normales. Jusqu'à l'âge de 50 ans très bonne santé. A ce moment ménopause. Durant 3 ans bonne santé. A partir de ce moment pertes de sang avec des caillots toutes les 3 à 4 semaines jusqu'en février 1926.

En février 1926, douleurs dans le bas-ventre irradiant dans la cuisse, en même temps que le ventre augmentait de volume. Constipation habituelle. Pollakiurie diurne et noc-

turne Léger œdème de malléoles. Un peu d'amaigrissement.

Examen : abdomen augmenté de volume.

T. V. : tumeur mobile dans l'utérus, remontant à un travers de main au dessus de l'ombilic.

Diagnostic : fibrome utérin.

Azotémie : 0,41 ‰ (3.5.26).

Urée par litre : 15.

Compte-rendu opératoire 10 mai 1926 :

Opérateur : Prof. Gosset.

Aides : Soupault-Sauvage.

Anesthésie rachidienne : 12 cent. de scurocaïne.

Diagnostic opératoire : tumeur solide de l'ovaire gauche.

Nature de l'intervention : castration unilatérale gauche. Incision médiane sous-ombilicale. On voit une grosse tumeur de l'ovaire gauche du volume d'une tête; l'ovaire droit n'a rien. L'utérus non plus. On fait une castration unilatérale gauche, ligature des pédicules vasculaires. L'épiploon est adbérent à l'ombilic ; on résèque la frange qui adhérait. Puis on regarde l'appendice. Comme il est petit et rétro-cœcal, on le laisse. Fermeture de la paroi à la soie, surjet à la soie sur la peau.

La malade est décédée le 30 mai 1926 des suites d'une congestion pulmonaire double.

Examen anatomo-pathologique: tumeur solide de l'ovaire gauche.

Poids de la pièce : 3.480 gr.

Aspect de fibrome myxoïde, mais avec cette différence

qu'entre les cellules étaillées et anastomosées, il y a une substance collagène fibroïde extrêmement dense.

C'est cette substance qui donne d'ailleurs leur dureté aux boyaux disséminés dans la tumeur.

Aucun soupçon de sarcome.

Observation N° 6.

Mme P..., Marie, 58 ans. Entrée 5 mars, sortie 28 mars 1927.

Opérations antérieures : 3 curettages.

10 grossesses : enfant à terme (il y a 3 ans) en vie ;

5 fausses-couches de 2 à 4 mois.

1 enfant à terme mort-né en 1900 ;

2 autres fausses-couches de 6 semaines (1902).

2 phlébites gauches.

Ménopause il y a 6 ans. Très bien réglée jusqu'à cette date. Jamais d'hémorragie depuis ; pas de pertes blanches.

Depuis 6 mois sensation de pesanteur dans le bas-ventre à gauche. Depuis 5 semaines, douleurs à gauche avec irradiation à gauche, pas de constipation. Pas de dysurie, pas d'œdèmes. Ventre augmenté de volume depuis 6 semaines.

A la palpation. — Abdomen souple dans la région hypogastrique, occupant une situation essentiellement variable. On trouve une masse régulière arrondie, assez sensible, du volume d'une tête de fœtus (plutôt moins) très mobile dans tous les sens.

Percussion : matité.

Pas d'ascite.

T. V. : col normal, un peu dévié à gauche, culs-de-sac souples et normaux. L'utérus dont le fond remonte à 2 cm. au-dessus de la symphyse est bien mobile. La tumeur abdominale ne transmet pas ses mouvements au col et réciproquement, mais surtout cette mobilisation est étendue, on fait passer la tumeur de gauche à droite avec une grande facilité.

Urée par litre : 5,10.

Compte-rendu opératoire 10 mars 1927 :

Opérateur : Soupault.

Aide : Malinsky.

Anesthésie générale : éther.

Diagnostic opératoire : fibrome ovaire gauche.

Nature intervention : castration unilatérale.

Laparotomie médiane sofis-ombilicale. On découvre aussitôt une tumeur dure, appartenant incontestablement à l'ovaire gauche. La trompe est saine, l'utérus petit, sénile, les annexes opposées saines.

Castration unilatérale sous deux ligatures, vérification de l'appendice : atrophie rétro cœcal, qui est respecté.

Fermeture à la paroi en 2 étages à la soie, sans drainage. Peau à la soie.

Examen anatomo-pathologique : tumeur solide de l'ovaire gauche.

Fibrome presque pur de l'ovaire, avec infiltration œdémateuse diffuse qui lui donne un aspect myxoïde. Aucune tare cytologique pouvant faire soupçonner une transformation maligne.

Bonnes suites opératoires. Le malade quitte l'hôpital avec sa plaie cicatrisée.

Suites éloignées. Malade revue trois ans après en bon état général.

Observation N° 7.

Mme M..., 57 ans.

Prolapsus utéro-vaginal total avec ulcérations du col et de la lèvre antérieure et postérieure. Lorsqu'on réduit le prolapsus on sent au palper bi-manuel une masse de la grosseur de la tête d'un adulte, de consistance dure, dont les mouvements se transmettent imparfaitement au col et qui donne l'impression d'un fibrome pédiculé.

La malade n'a plus eu ses règles depuis son dernier accouchement, il y a 18 ans, mais depuis 6 ans elle a des pertes de sang rosé de temps à autre.

Bruits du cœur normaux à la pointe et à la base.

Examen radioscopique du thorax : rien d'important.

Temps de saignement : normal.

Coagulation : (pulpe digitale), durée augmentée (sang veineux) : 12 minutes.

Urée sanguine : 0,31.

Cholestérine : 1,65.

Compte-rendu opératoire :

Entrée 25 juin 1927. Sortie : 25 juillet 1927.

Opérateur : Professeur Gosset.

Nature de l'intervention : castration bilatérale.

Diagnostic opératoire : tumeur solide des ovaires.

Anesthésie : éther. Durée 20'.

Incision médiane sous-ombilicale. Un peu d'ascite hémorragique. On voit de chaque côté une tumeur solide de l'ovaire. A droite elle commençait à se greffer dans le fond, grosse comme un poing, à gauche du volume d'une orange. L'utérus est petit et ne paraît pas atteint per la dégénérescence. On fait une castration bilatérale, ligature des pédicules vasculaires. Drain dans le Douglas. Paroi à la soie. Catgut près du drain.

Examen histologique : tumeur solide des ovaires.

Fibrome pur des deux ovaires. Tumeur exclusivement formée de fibroblastes étirés et comprimés entre d'épais trousseaux collogènes. En quelques points le fibrome subit uue évolution myxoïde. Mais il n'existe aucune dégénérescence sarcomateuse suspecte, aucune inclusion épithéliale.

La plus petite tumeur ovarienne est totalement sclérosée et se trouve constituée par un véritable bloc fibroïde.

Bonnes suites opératoires. La malade part avec un très bon état général.

Suites opératoires : malade revue en mai 1930 en parfait état de santé.

Observation N° 8.

Mme B..., 62 ans.

Toujours régulièrement réglée jusqu'à 55 ans. Ménopause. Un enfant à l'âge de 17 ans. Polype du col utérin et opérée en 1918. Bonnes suites. *Jamais d'hémorragies*.

En août 1928 en faisant du sport la malade se sentait quelque peu fatiguée. Gênée dans son corset, au point d'être obligée de l'enlever. Quelques malaises.

En octobre 1928 un médecin qu'elle consulte en l'examinant lui trouve une tumeur abdominale ballatante du côté gauche ne faisant pas corps avec l'utérus. Diagnostic confirmé par M. le Professeur Gosset et la malade est opérée le 20 décembre 1928.

Examen hématologique :

Groupe sanguin : IV
Temps de saignement : 2'30
Temps de coagulation : 10'
Hémoglobine : 90 %
Globules rouges : 4.420.000
Globules blancs : 4.800

Formule leucocytaire : mononucléose.

Polynucléaires :

Neutrophiles	42 %
Eosinophiles	2 %
Basophiles	0,1 %

Mononucléaires :

Grands	26 %
Moyens	22 %
Petits	8 %

Urée sanguine : 0,20 par litre de sang.

Compte-rendu opératoire le 20 décembre 1928 :

Opérateur : Professeur Gosset.

Aides : MM. Thalheimer et Bergouignan.

Anesthésie à l'éther : Dr Boureau 17'.

Diagnostic opératoire : tumeur solide de l'ovaire gauche végétante.

Nature de l'intervention : hystérectomie sus-vaginale, drain.

Incision médiane sous-ombilicale. On voit un petit utérus fibromateux. A gauche, tumeur solide et végétante de l'ovaire d'aspect blanchâtre et nacré, du volume de deux poings. On fait une hystérectomie sus-vaginale, on évide le col, on le touche à la teinture d'iode et on le ferme au catgut. Ligature des pédicules vasculaires, surjet de péritonisation au catgut. Drain daas le Douglas. L'appendice étant petit, on le laisse en place. Fermeture de la paroi à la soie.

Mise en place d'un drain plus petit le 26 ; ablation du nrain et des fils le 29. Lever le 5 janvier, départ le 8 janvier.

Examen histologique : tumeur solide de l'ovaire gauche.

Fibrome pur de l'ovaire. Production de nombreuses fibres collagènes par des éléments fibroblastiques. Par endroits d'épais trousseaux collagènes deviennent confluents en formant des placards denses fibroïdes. Pas de monstruosités cellulaires. Pas de mitoses. Fonte séro-kystique d'un segment étendu de la tumeur.

Aucune trace de transformation maligne.

Très bonnes suites opératoires.

Suites éloignées : la malade revue en juin 1930 est en parfait état de santé.

Observation N° 9.

Mme C..., 40 ans. Entrée 5 janvier 1929.

La malade entre à l'hôpital parce qu'elle a eu subitement des douleurs très violentes dans le bas-ventre, accompa-

gnées de pertes rouges abondantes, mêlées de caillots et de débris. Les pertes ont duré 3 jours. La malade n'avait pas eu de douleurs auparavant. Le début a été brutal.

Les règles auparavant étaient régulières. Elles ont eu 3 semaines de retard avant ces pertes.

La malade a eu un seul enfant, il y a 2 ans et bien portant. L'accouchement fut pénible avec forceps. Pas de maladies.

Inspection : Abdomen normal, indolore à la palpation. il est souple.

Toucher vaginal : Cul-de-sac gauche un peu sensible. Le col est augmenté de volume entr'ouvert, contenant des noyaux indurés. L'utérus est un peu augmenté de volume.

Urée sanguine 0, 37 0/00.

Compte rendu opératoire 18 janvier 1929 :

Opérateur : Leibovici.

Aide : Jean Cosset.

Diagnostic opératoire : Fibrome de l'ovaire.

Nature de l'Intervention : Castration gauche. Appendicectomie. La paratomie médiane : L'ovaire est gros comme un poing, dur (fibrome) et enclavé dans le Douglas. On le libère. Castration. On enlève l'appendice dont l'extrémité est renflée en battant de cloche et indurée.

Examen anatomo-pathologique : 1° Tumeur solide de l'ovaire ; 2° Appendice.

1° Fibrome pur de l'ovaire. Stroma dense par endroits dissocié par un liquide d'œdème.

2° Tumeur endocrine de l'extrémité de l'appendice. Tumeur très infiltrante dissociant les plans musculaires lisses. Aucune trace de tuberculose.

La malade quitte l'hôpital avec un état général très bon et avec sa plaie cicatrisée.

Suites éloignées. On constate un an après que la malade continue sa vie normale avec un état de santé très satisfaisant.

OBSERVATION N° 10.

Mme S..., 55 ans. Entrée le 4 novembre 1929.

En 1926 douleurs violentes à début brusque, durée 2 jours. Ensuite calme absolue. Seulement quelquefois impression de lourdeur et de compression dans la région abdominale.

Le 15 juillet 1929 une perte rougeâtre unique et peu abondante.

Depuis juillet 1926 pertes blanches claires et peu abondantes. Pas de constipation. La station debout prolongée provoque de la difficulté de la miction.

A l'examen : Abdomen augmenté de volume. On sent une masse volumineuse (grosseur d'une tête) bien limitée lisse qui s'étend dans la partie droite de l'abdomen jusqu'au rebord costal. Matité très nette.

Antécédents : une fausse-couche.

Sang : Azoténie : 0, 35 0/00.

Coagulabilité : 5 1/2.

Compte rendu opératoire du 20 novembre 1929 :

Opérateur : Professeur Gosset.

Aides : MM. Thalheimer et Jean Gosset.

Anesthésie à l'éther : Dr Boureau 22'.

Diagnostic opératoire : Tumeur solide de l'ovaire gauche.

Nature de l'intervention : Hystérectomie sus-vaginale, drain.

Incision médiane sous-ombilicale. Il s'écoule de l'ascite en abondance. On voit une énorme tumeur solide de l'ovaire gauche grosse comme une tête d'adulte ; on trouve préférable de faire une hystérectomie sus-vaginale ; attouchement à la teinture d'iode du col utérin. Fermeture au catgut. Ligature des pédicules vasculaires, surjet de péritonisation au catgut. Il n'y a pas de greffes dans le Douglas. On n'enlève pas l'appendice, la lésion étant grave. Drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi à la soie.

Examen anatomo-pathologique : tumeur solide de l'ovaire gauche, hystérectomie sus-vaginale.

Fibrome pur de l'ovaire composé d'épais trousseaux de faisceaux collagènes et de rares fibroblastes. Nécrose colloïde du fibrome sans réaction inflammatoire.

Aucune trace de dégénérescence néoplasique maligne.

Malade revue au mois de juin 1930 et l'on a constaté que son état général était très satisfaisant au point d'avoir repris sa vie habituelle.

Sarcome lymphoblastique.

Observation N° 11.

Mme A..., âgée de 63 ans, souffrant de l'abdomen depuis une dizaine d'années et chez laquelle plusieurs médecins avaient fait le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche. Jamais de métroragies.

Depuis environ un an l'état général a beaucoup fléchi

et elle a maigri considérablement, pendant que son abdomen surtout depuis 3 mois a pris des proportions considérables. Le médecin traitant a constaté depuis plusieurs semaines la présence d'une ascite qui ne fait qu'augmenter qui n'a jamais été ponctionnée mais dont l'abondance entraîne les troubles du côté de la respiration.

Vers le 27 mars on constate la présence d'ascite, ce qui n'empêche pas que les anses intestinales sont dilatées et l'absence de gaz et les matières depuis 2 jours, font porter le diagnostic de sub-occlusion.

Au toucher vaginal, volumineuse masse comprimant le rectum, projetant l'utérus en avant, derrière la symphyse immobile dans le bassin, avec cependant immédiatement au-dessus de l'arcade crurale gauche une petite masse mobile qui donne au milieu de cette ascite le phénomène de glaçon. L'état général est tel qu'une intervention importante ne parait pas possible avec succès. On décide de faire une intervention partielle qui a lieu le 4 avril 1930.

Compte rendu opératoire 4 avril 1930 :

Opérateur : Dr Lamarre.

Anesthésie locale : Anesthésie régionale de la région inguinale gauche.

Incision parallèle de l'arcade crurale à 1 cm. 1/2 au-dessus d'elle permet d'atteindre la cavité péritonéale à travers la paroi abdominale et d'évacuer une grande quantité d'ascite (environ 3 litres) hémorragique. On trouve tout de suite une masse pédiculée qui est extériorisée et enlevée après ligature du pédicule.

Le doigt qui explore découvre le contour gauche et irré-

gulièrement bosselé d'une masse énorme, de la dimension d'un fœtus à terme qui est bloquée dans le bassin et confirme le diagnostic de tumeur végétante de l'ovaire. Suture de la paroi au catgut en 3 plans sans drainage. Suites opératoires sont normales. Mais la malade est décédée un mois plus tard des progrès de la cachexie.

Examen anatomo-pathologique: tumeur utéro-ovarienne.

Sarcome lymphoblastique à petites cellules rondes. Nombreuses mitoses à types mucléo-protoplasmiques.

Vaisseaux du type embryonnaire. Pas de zones nécrotiques.

Épithéliomas.

Observation N° 12.

Mlle T... 47 ans. Entrée 30 juin 1923. Sortie 31 août.

Diagnostic : Epithélioma ovarien.

Etat actuel : Depuis 6 mois, règles irrégulières, revenant tous les 8 ou 10 jours et disparaissant pendant 15 ou 20 jours. Pas de caillots. Extrêmement peu abondantes. Amaigrissement assez accentué.

Examen physique : Abdomen augmenté de volume, saillant un peu en avant. Pas de circulation collatérale : masse à contour supérieur convexe : rigidité.

T. V. : Enorme masse abdomino-pelvienne, bombant dans le Douglas, repoussant le col utérin contre la symphise pelvienne. Absolument fixe : pas de fluctuation. Dure, sans irrégularité.

T.R. : Permet de sentir la face postérieure de cette masse dure, régulière.

Peu de signes de compression : un peu de polyurie avec pollakiurie diurne et nocturne (2 fois). Pas d'ascite.

Diagnostic : Enorme fibrome abdomino-pelvien enclavé ?

Ou : Tumeur de l'ovaire avec péritonite tuberculeuse ?

Faciès anémié. *Aspect ovarien.*

Sang : Azotémie (0,30 o/oo) o gr. 45 o/oo.

Urines. Quantité par 24 heures : 900

Urée : 10,50

Chlorures : 9,29.

Compte-rendu opératoire du 17 juillet 1923 :

Opérateur ; Dr D'Allaines.

Anesthésie : Ether.

Diagnostic opéraroire : Tuberculose de l'ovaire. Métrite fongueuse.

Nature de l'intervention : Hystérectomie supravaginale.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une énorme masse grosse comme un ballon de foot ball. Cette masse remplit entièrement le pelvis et remonte jusqu'à l'ombilic. Elle adhère aux parois du petit bassin. On ponctionne avec aspiration sans résultat. On décolle la masse qui se rompt en un endroit laissant échapper un contenu granuleux. On se rend alors compte que c'est une masse en partie solide, développée aux dépens de l'ovaire gauche et très adhérent aux parois environnantes.

On pratique une hystérectomie supra-vaginale. Suture du col, ligature des pédicules. Péritonisation du moignon utérin. On visite le Douglas qui saigne en nappe surtout à la face antérieure du rectum, mais l'intestin est intact. On

met dans le Douglas un drain et mèche. Appendicectomie. Suture en 3 plans à la soie. Catgut au contact des drains.

Ouverture de la pièce: Enorme masse ramolie par endroits et développée aux dépens de l'ovaire gauche. Utérus un peu gros, atteint de métrite fongueuse très marquée, surtout au niveau du fond.

Examen anatomo-pathologique : Tumeur de l'ovaire.

1° Epithelioma Wolfien massif de l'ovaire droit constitué par des tubes à revêtement épithélial cylindrique. Forte dégénérescence granulaire, graisseuse et même production de cristaux de cholestérine, entouré de cellules géantes de corps étrangers.

2° Au fond de l'utérus : épithélioma au début à forme cylindrique et à forme villeuse, qui paraît être sans rapport avec le néoplasme ovarien.

Bonnes suites opératoires. Suites éloignées : Malade perdue de vue.

Observation N° 13

Mme H..., 53 ans. Entrée 31 mai 1924. Sortie 7 juillet.

9 grossesses et 4 fausses-couches. 5 enfants vivants.

La malade a des pertes rouges depuis 2 mois. Hémorragies peu abondantes, sans caillots ; la malade ne souffre pas du bas-ventre, mais souffre continuellement de l'estomac, douleurs sourdes exagérées par les repas, la fatigue. A beaucoup maigri depuis les 2 derniers mois.

Avant ces hémorragies, les règles avaient été absentes pendant 2 mois (il y a 4 mois).

Augmentation de volume du ventre. Météorisme avec ascite assez abondant, libre, mobile. Toucher difficile. Col

de consistance normale : l'utérus paraît en antéversion, assez dur, augmenté de volume, un peu douloureux.

Spéculum : col normal, lisse.

Hystéromètre : 7 cm.

On ne sent rien dans les culs-de-sac.

Diagnostic : malade de 53 ans, perdant en rouge depuis 2 mois, gros utérus, ascite, troubles gastriques, réflexes.

Tumeur utérine avec ascite.

Sang : coagulabilité 2'45 à 19°.

Azotémie : 0 gr. 27 ‰.

Urée par litre : 17,50.

Chlorures : 5,49.

Albumine : 0.

Sucre : traces, environ 1 gr.

Compte rendu opératoire 11 juin 1924.

Opérateur : professeur Gosset.

Aides : MM. Lœwy et Larget.

Anesthésie rachidienne à la scurocaïne : Dr Petit-Dutaillis.

Diagnostic opératoire : néoformation solide de l'ovaire gauche.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On voit une néoformation solide de l'ovaire gauche, avec envahissement du pédicule utéro-ovarien et du péritoine pelvien. L'utérus porte un petit fibrome gros comme une orange ; on le laisse en place. On fait écouler énormément d'ascite, qui n'est pas hémorragique, et avec précaution on fait une castration unilatérale gauche. Ligature des pédicules vasculaires. Parois à la soie.

Ablation des fils le 19 juin.

Bonnes suites opératoires.

Sort avec sa paroi cicatrisée.

Examen anatomo-pathologique :

Epithélioma atypique sous forme de boyaux massifs différenciant en quelques points des ébauches de lumière glanduliforme. Il existe de vastes zones nécrotiques avec transformation acidophile de noyaux et du protoplasma. Les monstruosités nucléaires et les mitoses sont nombreuses.

La membrane conjonctive d'enveloppe ne paraît en aucun point envahie par le néoplasme.

La lignée ovarienne n'est nulle part reconnaissable, mais l'atypie extrême de la tumeur ne permet pas d'en préciser l'origine.

Suites éloignées : décédée fin 1925.

Observation N° 14

Mme B..., 48 ans.

Le 19 juin 1924 appelé auprès de la malade pour des petites crises douloureuses abdominales. Depuis trois semaines, gros ventre et douleurs à droite, par crises, plus fréquentes et plus fortes ces trois dernières nuits. Pas de vomissements, pas de troubles intestinaux, pas de troubles vésicaux.

Antécédents : trois grands enfants. Pas de fausse couche. Ancienne ligamentopexie.

Examen : masse à droite, douloureuse, ferme, mobile. Le toucher montre qu'elle est indépendante de l'utérus.

Le 20 juin la malade est transportée à la clinique d'urgence.

Diagnostic opératoire : épithélioma des ovaires (kystes aréolaires dégénérés).

Nature de l'intervention : hystérectomie subtotale avec castration bilatérale.

Anesthésie : éther.

Compte rendu opératoire :

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Immédiatement grosse masse ovarienne droite (kyste aréolaire), solide mais molle et tremblottante, avec des portions gélatineuses et d'autres kystiques, à contenu citrin. Utérus gros, rempli de petits fibromes. En l'extériorisant, on sort du Douglas une petite tumeur de l'ovaire gauche, analogue à celle de droite, mais moins grosse (une orange). Castration bilatérale avec hystérectomie subtotale au cours de laquelle une des poches kystiques se rompt. On est un peu gêné pendant l'opération par une ligamentopexie à la Doléris, faite il y a quelques années. Péritonisation. Suture de la paroi en trois plans à la soie, sans drainage.

1° *Examen macroscopique de la pièce* : Utérus gros, rempli de petits fibromes. De chaque côté, l'ovaire est le siège d'une tumeur, ni solide, ni liquide, qui, fissurée à droite s'est partiellement écoulée dans l'abdomen.

Prélèvement d'un fragment de chaque kyste.

2° *Examen histologique de la pièce* : tumeur solide de l'ovaire constituée histologiquement par des travées d'épithélioma cylindrique typique. La dégénérescence des noyaux cancéreux est très intense : c'est une dégénérescence aboutissant à la formation de corps eosinophiles mélangés

à des débris nucléaires pyénotiques. Les monstruosités miliaires sont fréquentes et mêlées à de nombreuses divisions typiques et atypiques.

L'ensemble du néoplasme répond au type de l'épithélioma dit Wolffien et semble développé aux dépens des tubes embryonnaires Wolfiens.

Suites simples et normales post-opératoires.

Le 27-VI-24, ablation des fils.

Le 22-VII-24 se lève.

Le 15-VIII-24 part à la campagne. Très bonnes nouvelles. (Entre temps réponse du laboratoire). On décide radiothérapie. On lui fait séances de radiothérapie (7 h. 1/2).

Le 21-X-24 a quelques picottements depuis 8 jours ; douleurs en allant à la selle. A l'examen petite masse sensible sur le moignon du col utérin. Petites nodosités dans le Douglas : *récidives.*

Le 10-XI-24 : revue. Toujours même état ; obstruction : on prescrit purge.

Le 25-XI-24 : on fait le polonium.

Le 5-XII-24 : on décide un anus iliaque.

Deuxième opération : le 7-XII-24.

Diagnostic opératoire :

Obstruction intestinale par cancer du rectum secondaire (récidive par greffe du néoplasme ovarien).

Anesthésie locale.

Compte rendu opératoire :

Panicule adipeux encore assez épais. L'anse sigmoïde se présente aussitôt, mais est excessivement distendue, à méso court et l'on a quelque peine à y faire une brèche et à y

passer le pont cutané qu'on amarre par deux points à la soie à la lèvre du côté opposé.

A signaler d'autre part un écoulement ascitique, assez abondant (ascite séro-fibrineuse) au cours de l'intervention. Pansement vaseliné.

Le 8-XII-24 : incision longitudinale de l'anse au thermo-cautère sur une bandelette. Grosse débâcle pendant 48 heures.

Les jours suivants, les selles se régularisent, mais grosse dépression physique et morale. Oligurie (Théobromine).

Par la suite beaucoup de glaires par l'anus artificiel. Appétit un peu meilleur, sommeil idem.

Le 16-XII au toucher rectal on trouve une grosse masse dure presque immobile, surtout développée vers la droite, légèrement sensible.

Le 2-I-25 : la masse n'a pas diminué. Pourtant légère amélioration de l'état général ; se lève, a un peu plus d'appétit et de sommeil. L'anus artificiel fonctionne bien.

Le 1-II-25 : augmentation de la masse.

Le 15-II-25 : Idem.

Le 8-III-25 : existence de noyaux secondaires hépatiques.

Revue ensuite toutes les trois semaines jusqu'à sa mort (20-IV-25).

Observation N° 15

Mme B...

Début remontant à 4 ans. Démangeaisons puis apparition d'une petite tumeur à la vulve grosse lèvre, qui deux ans après s'ulcère. Dès le début la malade consulte le Prof. Gou-

gerot à l'Hôpital Saint-Antoine où on ne lui donne aucun traitement.

Le 11 décembre 1924 la tumeur s'étant ulcérée est enlevée par le Dr Moure. Une quinzaine de jours après, une phlébite se déclare qui retarde la sortie de la malade de l'hôpital (mars 25).

Au mois d'août 1925 augmentation rapide du ventre ; en un mois il a atteint presque le volume actuel. La malade à la fin du mois d'août retourne à Saint-Louis et après un séjour de 2 mois, est envoyée à la *Salpêtrière.*

Diagnostic : Carcinomie péritonéale.

A l'examen : Abdomen extrêmement volumineux, distendu avec circulation collatérale, matité dans les 2/3 inf. ; abdomen dur, fluctuant, dur dans sa portion sous-ombilicale presque partout indolent, pas de constipation, légère dyspnée. La température atteint à peine 38°.

24 décembre 1925 (Salle Pélissier).

Biopsie de fragments gélatineux retirés au bout d'un trocart au cours d'une ponction d'une malade présentant un abdomen extrêmement volumineux.

Examen anatomo-pathologique : Débris nécrotiques dans lesquels on reconnaît des fragments d'épithélium cylindrique de type intestinal avec nombreuses cellules à mucus. Cancer du grêle probable comme point de départ d'une péritonite néoplasique.

Décédée le 9-1-1926.

Autopsie: Tumeur solide de l'ovaire. Examen histologique: Epithélioma cylindrique avec dilatation kystique des diverses cavités pseudo-alvéolaires.

Nécrose très étendue et diffuse du néoplasme. Nombreuses mitoses et à type nucléo-protoplasmiques.

Tumeur développée vraisemblablement aux dépens des vertiges Wolffiens.

Observation N° 16

Mme S..., 57 ans. Entrée 21 octobre ; sortie 6 décembre 1926.

Arrêt des règles en 1916 : durée 10 ans. Depuis février 1926 reprise des règles sous forme d'hémorragie de sang rouge. Pas de pertes blanches, mais de temps à autres petites pertes rosées.

Pollakiurie douloureuse 16 à 18 fois par jour, 4 à 6 la nuit. Pas d'enfants, ni fausse-couches ; traitée par Rayons X avant d'entrer dans le service.

Palpation ; Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, perçue au-dessus du pubis, dure, absolument mobile.

Examen : T. V. : Col projeté à bout de doigt en haut et en arrière semblant complètement immobile. Il est difficile d'établir les connexions de la tumeur du col mais les connexions semblent certaines et dans le cul-de-sac antérieur la tumeur est dure et immobile.

T. R. : Rien.

Urée sanguine : 0, 27 ‰.

Coagulabilité : 7'.

Compte rendu opératoire 8 novembre 1926 :

Opérateur : Prof. Gosset.

Aides : Seillé et Funck.

Anesthésie rachidienne. M. Seillé 22'

Diagnostic opératoire : Tumeur kystique de l'ovaire droit, peut être dégénérée.

Nature de l'intervention : Castration unilatérale droite. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On voit une grosse tumeur kystique de l'ovaire incluse dans le ligament large par une partie solide. Le côté opposé est normal. On fait une castration unilatérale droite, ligature des pédicules vasculaires au catgut. La malade étant fatiguée, on ne va pas à l'appendice. On met une mèche à cause d'un petit suintement, et l'on referme la paroi à la soie.

On avait ponctionné le kyste et l'on en a retiré 1 litre 1/2 de liquide jaune foncé.

Examen anatomo-patholohique : Tumeur de l'ovaire droit ayant été traitée aux R. X. La tumeur comprend deux parties distinctes :

1° Un volumineux kyste séreux de la grosseur d'une tête de fœtus à paroi fibroïde et à revêtement épithélial cylindro-cubique.

2° Une masse solide de la grosseur du poing incluse dans la paroi fibreuse du kyste et partiellement saillante dans sa cavité. Il s'agit d'une tumeur solide, ayant l'aspect d'un *épithélioma Wolffien*. La radiothérapie a touché très différemment les tubes néoplasiques, les uns sont complètement privés de leur revêtement épithélial, les autres montrant un revêtement cylindro-cubique intact.

La plus grande partie montre des signes de plasmolyse et de chromatolyse indéniables. Il n'existe pas de mitoses mais des divisions directes.

En somme : Kyste séreux de l'ovaire associé à une tumeur solide : épithélioma Wolffien d'activité modérée et une régression partielle sous l'action de la radiothérapie.

La malade est morte, après s'être bien portée pendant un an et demie, en 1928.

Observation N° 17

Mme B..., 50 ans. Entrée 5 juin 1929.

Il y a deux mois la malade s'est aperçu par hasard de la présence d'une tuméfaction dure, indolore, au-dessous et à droite de l'ombilic. Depuis cette date, la malade ressent parfois des pesanteurs lombaires, de légères douleurs crurales.

Examen. — T. V. on sent un col dont la lèvre antérieure est prolongée vers le bas en une tumeur assez dure, pédiculée. L'utérus est gros, dur, parsemé de bosses irrégulières. Dans les culs-de-sac, surtout antérieur, on sent une masse dure assez mobile, séparée de l'utérus par un sillon.

Au speculum. — Col à lèvre antérieure proéminente, à muqueuse reversée, écoulement muco-purulent par l'orifice.

La malade réglée à 14 ans a toujours eu depuis des règles normales. Deux accouchements difficiles ayant nécessité une intervention. Enfants bien portants. Coliques néphrétiques confirmées depuis il y a une vingtaine d'années jusqu'à il y a 10 ans et survenant une ou deux fois par an.

Urée sanguine : 0,40 ‰.

Compte rendu opératoire du 12 juin 1929 :

Opérateur : Professeur Gosset.

Aides : Seillé et Audoin.

Anesthésie à l'éther : D. Boureau 25'

Diagnostic opératoire : Kyste végétant des ovaires, fibrome utérin.

Nature de l'intervention : Hystérectomie sus-vaginale, drains, mèches.

Incision médiane sous-ombilicale. On voit des deux côtés un kyste végétant de l'ovaire et des noyaux fibreux sur l'utérus ; ascite hémorragique, on enlève le kyste du côté droit celui de gauche adhère tellement au mésocôlon iliaque et à l'S iliaque qu'on craint de ne pouvoir l'enlever ; on y arrive et on enlève également l'utérus pour avoir un drainage meilleur, on met deux gros drains n° 45 dans le Douglas, par lesquels on introduira le radium dans 48 heures. En terminant, on contrôle l'état de l'S iliaque, il n'a pas été ouvert ; il y a de nombréuses greffes dans le fond du Douglas, mais elles sont en somme assez localisées. On a fait la ligature des pédicules vasculaires, on essaie de remettre un peu de péritoine sur les côtés, 3 mèches. Fermeture de la paroi par le Dr Seillé.

Examen anatomo-pathologique : épithélioma Wolffien de l'ovaire, parfois cylindrique. Glanduliforme, le plus souvent atypique sous forme de cordons flexueux et d'amas pleins, riches en monstruosités nucléaires et en mitoses souvent anormales, infiltrant le stroma d'une façon diffuse et large. Nombreuses zones de nécrose. Evolution maligne très active.

Malade revue au mois de juin 1930. Etat tout à fait satisfaisant et continue à mener sa vie normalement.

Observation N° 18

Mme M..., 51 ans.

Entrée le 3 juillet 1929, sortie le 14 août 1929.

Le début remonte au mois de janvier 1929. Au mois de décembre 1928 la malade avait des règles qui jusque-là étaient absolument régulières et normales comme abondance. Au mois de juin arrêt des règles qui depuis ne se sont plus produites, sauf un très léger écoulement rosé il y a quelques semaines.

Cet arrêt des règles n'était accompagné d'aucun trouble douloureux. Au mois de février la malade constate la présence d'une « boule » siégeant au niveau du bas-ventre côté droit mais elle n'y attache aucune importance ; depuis cette époque la malade est fatiguée, fébrile, présentant des frissons (n'a jamais pris sa température).

Au cours d'un examen fortuit pratiqué il y a 3 semaines, le Dr Rivière a constaté l'existence d'une volumineuse masse abdomino-pelvienne qu'il pensait être un fibrome.

Depuis son entrée à la clinique, cette masse d'abord très douloureuse devient moins sensible, ce qui permet de la délimiter. Cette masse remonte jusqu'à 2 travers de doigt de l'ombilic et latéralement dans chaque fosse iliaque. *Au toucher*, on sent le col utérin normal, plus haut le col utérin se perd dans la masse abdominale. On n'arrive pas à mobiliser l'utérus en appuyant sur la masse précédente. Les culs-de-sac vaginaux légèrement sensibles sont libres.

Depuis que la malade est à la clinique, sa température oscille entre 37°5 et 39°5. Mictions difficiles non douloureuses, selles noires, fétides et glaireuses. Dans les antécédents on constate qu'elle a présenté de la diarrhée avec du sang sans troubles abdominaux. Rien au point de vue pulmonaire. Urée 0,32 par litre. Temps coagulation : 4 minutes. Globules rouges : 4.470.000, blancs : 6.800.

Compte rendu opératoire :

Diagnostic opératoire : kystes végétants des ovaires Greffes épiploïques et dans le Douglas. Histérectomie, drain, résection d'épiploon.

Durée ; 27'. *Anesthésie* : Ether.

Opérateur : Prof. Gosset. Aides : Seillier, Leibovici.

Résumé de l'intervention. — Incision médiane sous-ombilicale ; beaucoup d'ascite dans le ventre. On voit des noyaux sur l'épiploon mais on a l'impression qu'on peut à la rigueur le reséquer et enlever les noyaux. Une fois réséqué et les anses libérées on aperçoit une tumeur végétante. Il s'agit d'un kyste multiloculaire végétant des deux ovaires, noyau sur le ligament rond du côté droit.

Greffes dans le fond du Douglas. On fait une histérectomie, ligature des pédicules vasculaires. Surjet de péritonisation au catgut. Deux drains dans le Douglas. On mettra du radium dans quelques jours. Fermeture de la paroi à la soie.

Le 29 juillet on enlève le radium.

Mort de la malade en novembre 1929.

Examen histologique :

Greffe épiploïque et dans le Douglas.

Kystes dégénérés des deux ovaires avec greffe épiploïque. Histologiquement il s'agit d'un épithélioma cylindrique typique de formule Wolffienne.

Nombreuses mitoses et à type nucléoprotoplasmiques. Larges zones nécrotiques. Un petit polype muqueux au niveau de la muqueuse interne.

Observation N° 19

Mme F..., 54 ans. Entre à l'hôpital pour une augmentation notable du volume du ventre, depuis 3 mois environ.

Pas d'hémorragies. La malade n'a plus de règles depuis 4 ans. Pas de signes de compression, sauf un œdème des membres inférieurs actuellement disparu. Sensation de pesanteur dans les deux hypocondres et dans la légion lombaire.

Coagulabilité 5 m. 1/2. Temps de saignement : 3 minutes.

Sang, Azotémie : 0 gr. 17 ‰.

Albumine : 0

Sucre : 0

Suites normales après l'intervention.

Compte rendu opératoire 26 mars 1930 :

Opérateur : Professeur Gosset.

Aides : Thalheimer et Petit.

Anesthésie : éther, M. Boureau.

Temps opératoire : 24 minutes.

Diagnostic opératoire : kyste végétant des ovaires.

Nature de l'intervention : Hystérectomie sus-vaginale. Drain.

Incision médiane sous-ombilicale. Il s'écoule une grande quantité d'ascite citrin. On voit un kyste végétant de l'ovaire de chaque côté. On commence par enlever les annexes, puis l'utérus ; attouchement du col au thermocautère et à la teinture d'iode. Il y a une greffe dans le Douglas. Epiploon non envahi.

On fait la ligature des pédicules vasculaires, surjet de

péritonisation au catgut. Gros drains n° 45 qui sera remplacé dans deux jours par un tube còntenant du radium.

Fermeture de la paroi à la soie.

Examen anatomo-pathologique : Epithélioma Wolffien des 2 ovaires avec tendance nette à une forme indifférenciée et atypique baso-cellulaire. L'axe des bourgeons superficiels est constitué par un tissu conjonctif hyperplasié et infiltré d'œdème. Le corps utérin est le siège d'un néoplasme étendu, épithélioma cylindrique typique rappelant d'assez près le type ovarien.

Suites opératoires normales, la malade sort de l'hôpital dans un bon état général et avec la plaie cicatrisée.

Etant donné la date récente de l'intervention nous ne pouvons conclure sur l'avenir de cette malade.

Observation N° 20

Mme B..., Estelle, 58 ans.

Entre dans le service pour des pertes sanguines.

Alors que depuis 9 ans la malade n'était plus réglée, depuis 6 mois la malade se remet à perdre du sang rouge en faible quantité, mais presque quotidiennement et accompagné de pertes blanches.

Pas de douleurs, sensation de pesanteur dans le bas-ventre surtout du côté droit.

Pas de difficultés à uriner, mais besoins fréquents. Constipation toujours très nette. Pas d'amaigrissement.

Coagulation : 4 m. 1/2.

Sucre : 0.

Albumine : o.

Urée sanguine : o gr. 35 ‰.

Compte rendu opératoire 18 avril 1930 :

Opérateur : Dr Charier.

Anesthésie : Rachis.

Diagnostic : kyste des ovaires et utérus fibromateux.

Nature de l'intervention : hystérectomie.

Laparotomie médiane et sous-ombilicale :

1° Tumeur kystique multilobée ovaire droit.

2 Tumeur kystique solide ovaire gauche.

La tumeur de l'ovaire droit est entourée d'une couche fibreuse.

3° Utérus fibromateux.

On fait l'hystérectomie sus-vaginale.

Fermeture du col au catgut.

Drainage avec un drain n° 5.

Examen anatomo-pathologique : Tumeur en partie kystique en pleine dégénérescence maligne, la formule varie de l'épithélioma baso-cellulaire à l'épithélioma Wolfien. Peu de placards nécrotiques.

L'utérus est également le siège d'un néoplasme très étendu du corps. Il s'agit d'un épithélioma cylindrique typique rappelant exactement la lésion ovarienne.

La question d'une greffe de l'ovaire à l'utérus ou inversement se pose.

Suites opératoires satisfaisantes.

Etant donné la date récente de l'intervention nous ne pouvons pas conclure sur l'avenir de cette malade.

Teratome.

Observation N° 21.

Mlle G..., 9 ans.

Accusait depuis un an de petites douleurs pelviennes.

Est prise dans l'après-midi du mercredi 3 avril 1930 d'une crise douloureuse violente pendant une promenade : la douleur avait un niveau sous-ombilical et dura une demi heure environ.

L'enfant est examinée le soir à 9 heures : elle est pâle mais le pouls est bon et la température à 37,5. Le ventre est ballonné (pas de selles depuis 48 heures) et on perçoit au-dessous de l'ombilic, une tumeur du volume d'une grosse orange, mobile, sensible, rénitente. On pense à un kyste de l'ovaire. Le lendemain de petits lavements ont provoqué une selle abondante et l'état général est redevenu très bon.

Le 14 avril : examen radioscopique après lavement baryté : le gros intestin est normal : la radiographie ne montre pas l'ombre de la tumeur. On décide de pratiquer des rayons ultra-violets pour remonter l'état général avant de se décider à l'intervention.

Au cours de la semaine suivante, sans que l'état général se modifie, on assiste à l'augmentation de volume rapide de la tumeur, qui dépasse l'ombilic et en dix jours envahit tout le flanc droit remontant jusqu'au foie : pas d'ascite, la fosse lombaire reste sonore.

On pense alors au développement rapide d'une tumeur maligne ; on pense à un sarcome du rein et on conseille, en portant ce pronostic réservé, l'exérèse comme seule chance de salut.

Compte-rendu opératoire le 3 mai 1930 :

Incision latérale droite de l'abdomen.

Pas de liquide dans l'abdomen. L'épiploon de couleur lie de vin, de consistance gélatineuse, recouvre une énorme tumeur bilobée qu'on extériorise facilement et dont le pôle inférieur plonge dans le petit bassin : il s'agit d'une tumeur de l'ovaire : ligature des deux pédicules. Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires excellentes : l'enfant sort de la clinique après 21 jours pour commencer un traitement radiothérapique actuellement en cours.

Aspect macroscopique :

La tumeur est constituée par deux masses :

L'une blanche et lisse d'aspect kystique, en réalité constituée d'une substance blanche, pâteuse, ressemblant à de la substance sébacée ;

L'autre violacée, bosselée, de consistance variable selon les points. On prélève des fragments des deux masses pour l'examen histologique.

Examen microscopique anatomo-pathologique :

Tératome ovarien de structure très complexe en une partie rappelle les kystes dermoïdes avec cavités limitées par un épithélium malpigien pavimenteux, statifié produisant d'abondantes lamelles cornées. On retrouve des amas glandulaires pseudo-sébacés mais pas d'autres phanères.

Une autre partie de la tumeur est constituée par un épithélioma du type wolffien, de malignité histologique indéniable, riche en mitoses et en atypies nucléo-protoplasmiques. Larges placards nécrotiques.

Tumeurs de Krukenberg.

Observation N° 22.

Mme B..., 47 ans.

Opérée par le Dr Oudry de Lisieux pour un ulcère calleux de la face postérieure de l'estomac très étendu et adhérent. Gastroentérostomie avec suites favorables. Pas de ganglions.

Entrée à l'hôpital le 2 septembre 1925. Pertes rouges. Les dernières règles le 26 mars. Le 26 avril a de nouveau ses règles, mais petites, continuelles. Asthénie complète. Perte de l'appétit. Diarrhée.

Sang : Azotémie : 0,55.

Compte rendu opératoire 5 septembre 1925 :

Opérateur : Dr Soupault.

Aides : Longuet.

Anesthésie : Rachis.

Diagnostic opératoire : Tumeur maligne de l'ovaire.

Nature de l'intervention : Laparotomie simple.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Péritoine pariétal très épaissi et dont la surface interne est recouverte de granulations ; on prélève un fragment (donné au laboratoire) dans le ventre, grande quantité de liquide jaune citron, non sanglant ; de suite, on trouve une volumineuse poche kystique dont la cavité principale est ouverte et communique avec l'abdomen ; ce kyste est attenant à une masse dure appartenant à l'ovaire droit et dont on prélève égale-

ment un fragment. Dans le petit bassin il existe une vaste tumeur qui remplit partiellement le cul-de-sac de Douglas. Ovaire gauche également atteint et dégénéré. Il existe des végétations sur l'épiploon très adhérent à la paroi et qui ne permet pas l'exploration du côté de l'estomac (où a eu lieu la première intervention chirurgicale). On se contente d'étancher le liquide et de fermer par quelques points. La cavité kystique rompue, le tissu des parois est friable et on y parvient seulement incomplètement. Fermeture de la paroi en un étage à la grosse soie, peau avec agrafes. Pas de drainage.

Examen anatomo-pathologique.

Les coupes sont constituées par une série de grandes cavités kystiques plus ou moins dilatées, allongées ou festonnées au voisinage desquelles le stroma est infiltré, par un épithélioma pseudo glandulaire typique. Les cellules épithéliales qui constituent ces diverses formations ont une structure analogue : cylindrique, haute, caliciforme, à petit noyau régulier. Il existe des mitoses, en général normales, plus nombreuses dans certaines zones.

Il est vraisemblable qu'il s'agit là d'une métastase d'un épithélioma gastrique, mais le seul examen des coupes ne permet pas de l'affirmer absolument.

Malgré beaucoup de recherches il nous a été impossible de retrouver cette malade et connaître les suites.

Observation N° 23.

Mlle R..., 36 ans.

Entrée le 17 mai 1928. Sortie : 20 juin 1928.

En novembre 1927 avait ressenti à plusieurs reprises une

sensation de torsion dans la fosse iliaque gauche accompagnée de nausées et même de vomissements aqueux.

Cette sensation s'est déplacée et s'est produite dans la fosse iliaque droite.

Au début de mai 1928 la malade constate la présence d'une petite tumeur dans la fosse iliaque droite pour laquelle elle consulte son médecin qui aurait diagnostiqué un fibrome.

En même temps avance de 7 à 8 jours des règles qui sont peu abondantes depuis 5 mois ; dernières règles le 30 avril.

Entre à la clinique le 17 mai, mais avait été prise 3 jours avant de douleurs très violentes dans la partie inférieure de la fosse iliaque gauche accompagnées de vomissements et de température à 39°.

Examen à l'arrivée. — On trouve une masse dure remplissant tout le petit bassin donnant l'impression d'un kyste ou d'un fibrome à contours assez réguliers mais douloureux au palper, dans sa partie gauche, avec contracture de la paroi au toucher. En même temps pertes de sang un peu noirâtre les premiers jours.

Actuellement : On sent une masse légèrement bosselée, de consistance un peu rénitente par place, dure à d'autres. Dans l'ensemble donnant plutôt l'impression d'une tumeur solide. Les mouvements se transmettent mal au col, la tumeur du volume d'une tête d'adulte s'étend d'une fosse iliaque à l'autre remontant en hauteur jusqu'à 2 travers de doigt de l'ombilic.

Opérée d'adénome du sein il y a 6 ans, d'hémorroïdes il y a 3 ans, de gastro-entérostomie pour ulcère de la petite courbure le 18 décembre 1926. Urée : 0,27 par litre.

Globules rouges : 3.990.000 ; blancs : 5.900. Anémie.

Compte rendu opératoire :

Diagnostic : Tumeur solide de l'ovaire droit. Ovaire gauche kystique.

Opérateur : Prof. Gosset.

Anesthésie : Ether (Boureau). Durée 24'.

Résumé de l'intervention. — Incision médiane sous-ombilicale, on voit une tumeur solide de l'ovaire droit du volume d'une tête d'enfant à la naissance, tordue dans le sens contraire des aiguilles d'une montre, très adhérente à deux anses grêles, on libère les anses grêles et on fait un surjet à la soie sur la séreuse de l'une d'elles qui a été lésée ; castration droite ; comme l'ovaire gauche est kystique on fait également une castration gauche. Utérus normal. Fermeture de la paroi à la soie. Drain dans le Douglas (Dr Petit-Dutaillis).

Examen histologique :

Petits amas épithéliaux sans architecture particulière, dispersés dans un stroma très œdémateux souvent en nécrose fibrinoïde. Les cellules épithéliales ont un noyau clair volumineux souvent repoussé à la périphérie par une goutte de mucus : elles réalisent alors l'image de la cellule en chaton de Krukenberg, caractéristique et permettent de conclure à une métastase ovarienne d'un épithélioma digestif.

Bonnes suites opératoires, la malade quitte l'hôpital avec la plaie cicatrisée.

Suites éloignés : Malade morte fin de l'année 1929.

Observation N° 24.

Mme G..., 34 ans.

D'avril 1928 à avril 1929 menorragies d'une durée de 8 à 15 jours. Pertes continues, inodores.

Douleurs vagues, sensation de pesanteur abdominale.

En avril 1929 apparaissent des métrorragies. Abdomen augmenté de volume.

En septembre 1929, aménorrhée. Le 4 septembre 1929 crise douloureuse abdominale avec vomissements bilieux ; ultérieurement des crises analogues surviennent avec intensité croissante.

Examen : Abdomen volumineux, souple, contenant de l'ascite libre, très abondante.

T. V. : Col normal. On sent une masse du volume de la tête d'un enfant palpable dans l'abdomen, mobile avec le corps semblant faire corps avec lui, cependant on ne peut l'affirmer car le toucher et le palper bimanuel combiné sont difficilement praticables à cause de la grande quantité d'ascite qui tend l'abdomen.

Examen radiologique : Rien de particulier.

Sang Azotémie : 0, 18 0/00.

Coagulabilité : 4'30 ".

Numération globulaire : G. R., 4.450.000.

G. B., 13.400.

Compte rendu opératoire du 27 novembre 1929 :

Opérateur ; Professeur Gosset.

Aides : MM. Bernard et Audoin.

Anesthésie à l'éther : Dr Boureau 23'.

Diagnostic opératoire : Tumeur solide des ovaires, généralisation à l'épiploon.

Nature de l'intervention : Castration bilatérale, drains.

Incision médiane sous-ombilicale, il s'écoule beaucoup d'ascite. On voit une énorme tumeur de l'ovaire gauche, grosse comme une tête d'adulte ; on fait une castration gauche, malheureusement le pédicule est envahi. On enlève également une tumeur de l'ovaire droit plus petite. Généralisation sur l'épiploon, on en prélève un fragment pour examen histologique. On met deux gros drains n° 45, l'un dans le Douglas, l'autre au niveau du pédicule utérin gauche. On y mettra du radium daus 48 heures et plus tard on fera de la radiothérapie sur l'épiploon. Fermeture de la paroi à la soie. Surjet à la soie sur la peau.

Décédée le 13 janvier 1930.

Examen anatomo-pathologique : ovaire.

Les coupes sont le siège d'une infiltration diffuse par des éléments épithéliaux dispersés sous forme d'amas et de traînées cellulaires dans un stroma très œdémateux. En quelques points les cellules néoplasiques s'orientent en petits tubes glanduliformes réguliers, mais les zones ainsi différenciées sont rares. Par contre, on décèle à peu près dans tous les champs de nombreuses cellules mucipares « en chaton » à noyau rejeté vers la périphérie du corps cellulaire. Ces éléments permettent de poser le diagnostic de « Tumeur de Krukenberg », métastase ovarienne d'un épithélioma digestif.

Greffe épiploïque :

La nature épithéliale est ici aussi manifeste et la différenciation glanduliforme plus marquée.

PLANCHE I

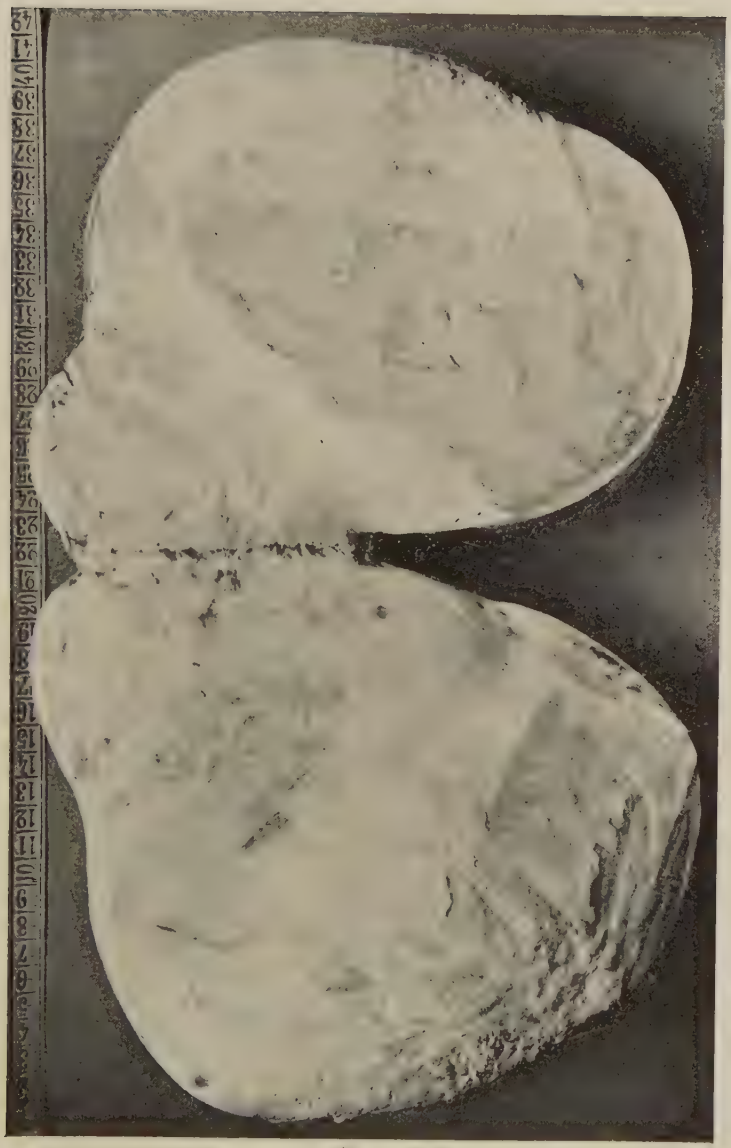
Microphoto concernant l'observation nº 1.
Fibrome pur de l'ovaire. Faisceaux conjonctifs coupés sous diverses incidences.

Cliché obtenu avec le Mikroplanar du Laboratoire d'Anatomie pathologique de M. le Professeur Gosset.

Photographie macroscopique des tumeurs de la malade concernant l'observation nº 4.

Fibromes ovariens bilatéraux : le plus grand a la dimension d'une tête d'adulte.

PLANCHE III



Photographie macroscopique de la pièce de la malade concernant l'observation nº 5.

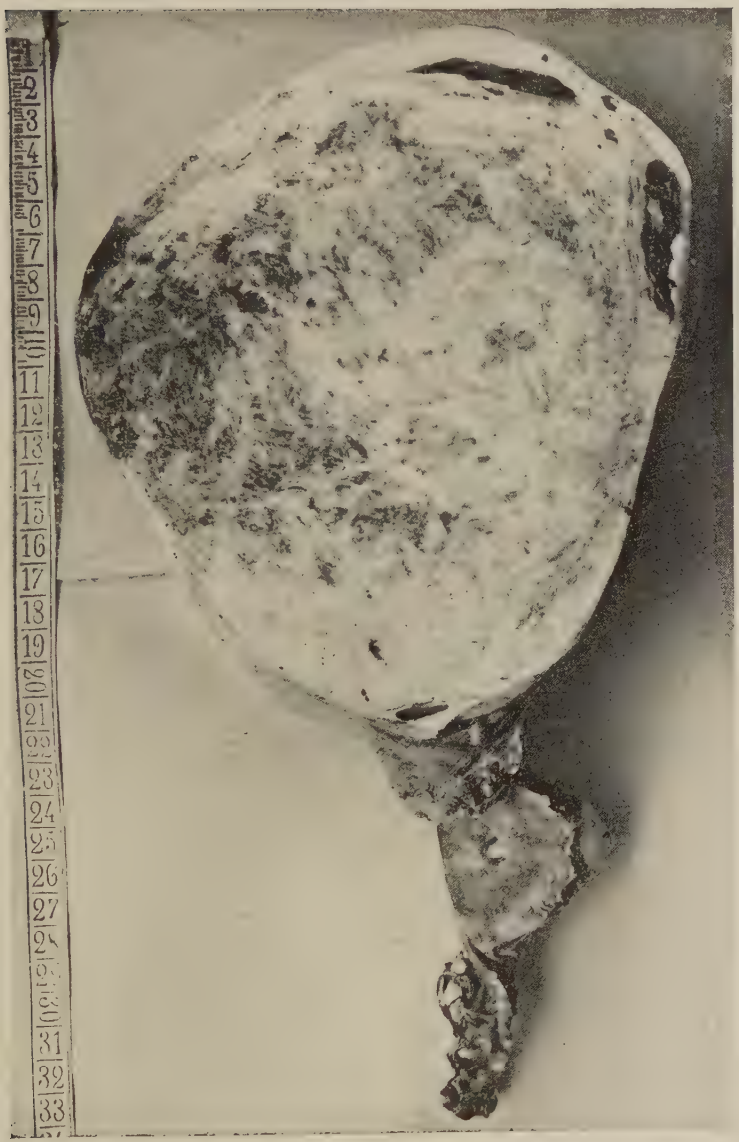
Gros fibrome de l'ovaire d'aspect nacré, de volume d'une tête d'adulte.

Photographie macroscopique des deux tumeurs des ovaires de la malade concernant l'observation n° 7.

Fibromes de l'ovaire dont le plus grand mesure 17 centimètres de longueur pour 10 de largeur.

Photographie macroscopique de la pièce de la malade concernant l'observation nº 8. Pièce d'hystérectomie.

Fibrome de l'ovaire d'aspect blanchâtre et nacre, du volume de deux poings.

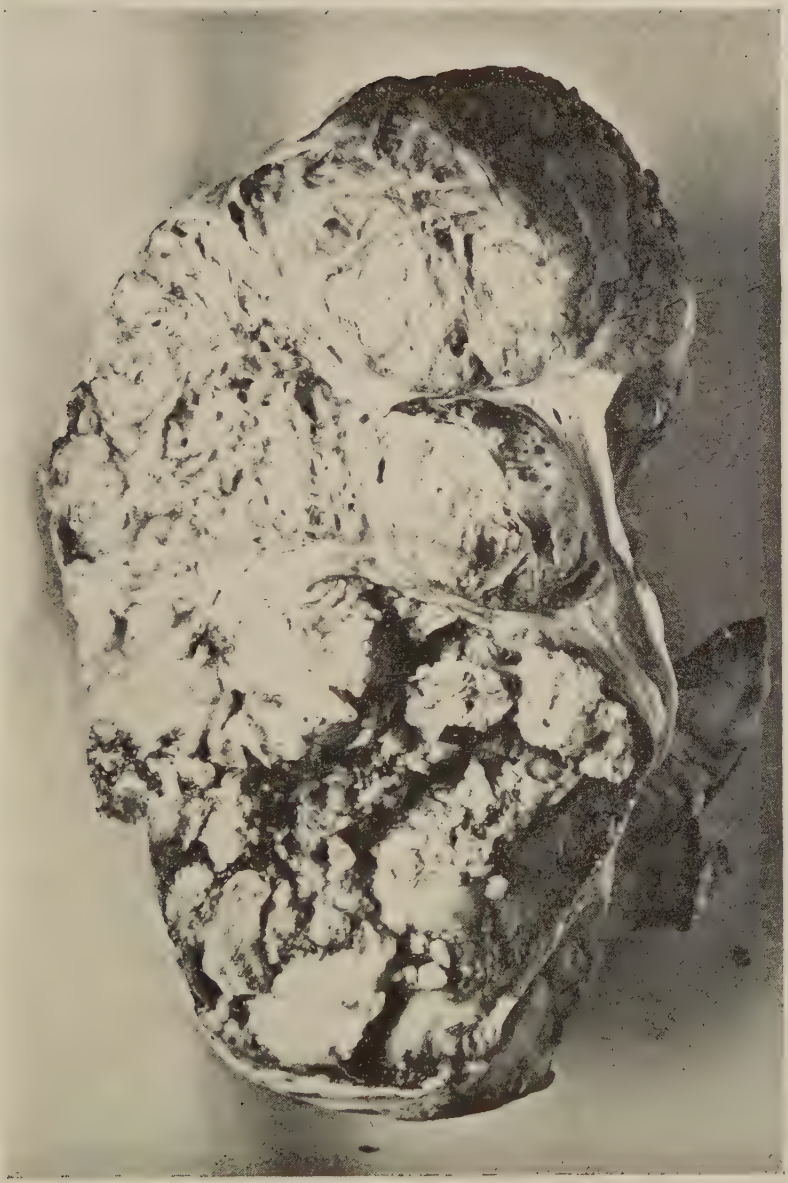


Photographie macroscopique de la pièce de la malade concernant l'observation nº 10. Hystérectomie.

Enorme fibrome de l'ovaire gros comme une tête d'adulte.

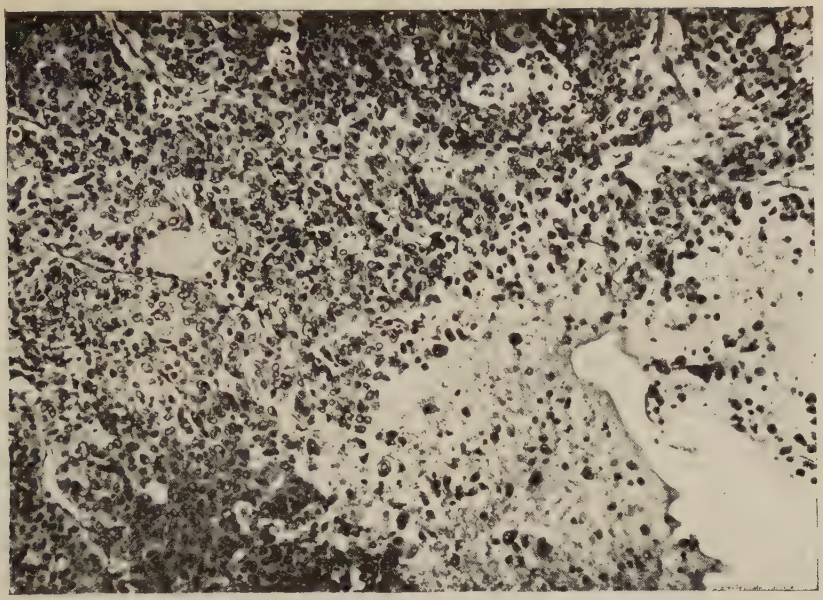
Sarcome lymphobastique : infiltration très dense et diffuse par des cellules lymphoïdes toutes semblables.

Cliché obtenu avec le Mikroplanar du Laboratoire d'Anatomie de M. le Professeur Gosset concernant l'observation n° 11.



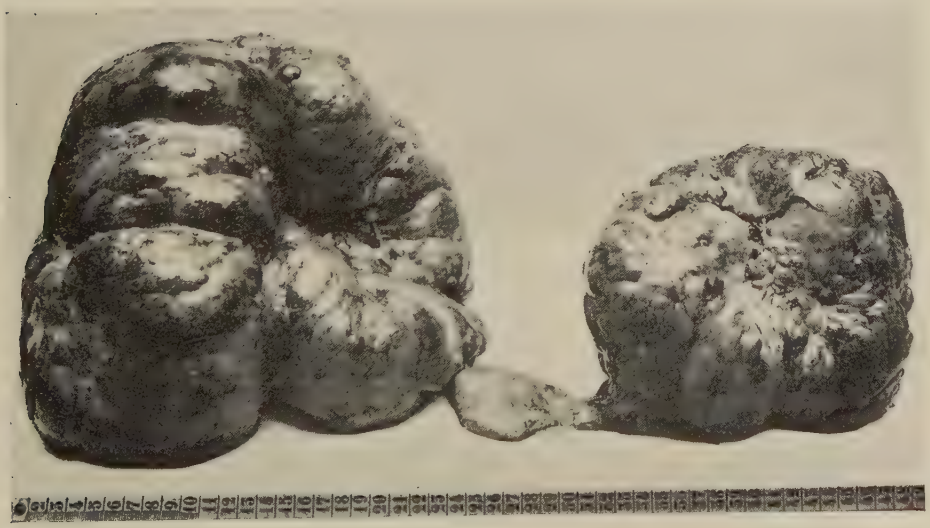
Photographie macroscopique de la pièce de la malade concernant l'observation nº 12.

Enorme épithélioma végétant et massif de l'ovaire.



Microphoto concernant l'observation nº 13, obtenue avec le Mikroplanar du Laboratoire d'Anatomie pathologique de M. le Professeur Gosset. Epithélioma très atypique avec nécrose.

Photographie macroscopique de la pièce appartenant à la malade concernant l'observation nº 13. Gros épithélioma ovarien massifo Castration.

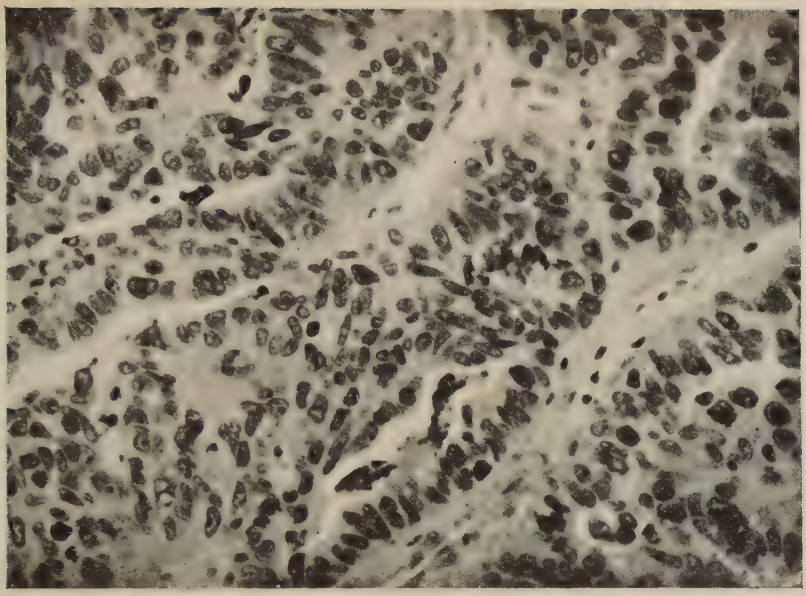


Photographies macroscopiques des tumeurs de la malade concernant l'observation nº 15.

En haut le plus gros des épithéliomas de dimensions géantes vue en coupe

En bas vue d'ensemble des deux épithéliomas ovariens.

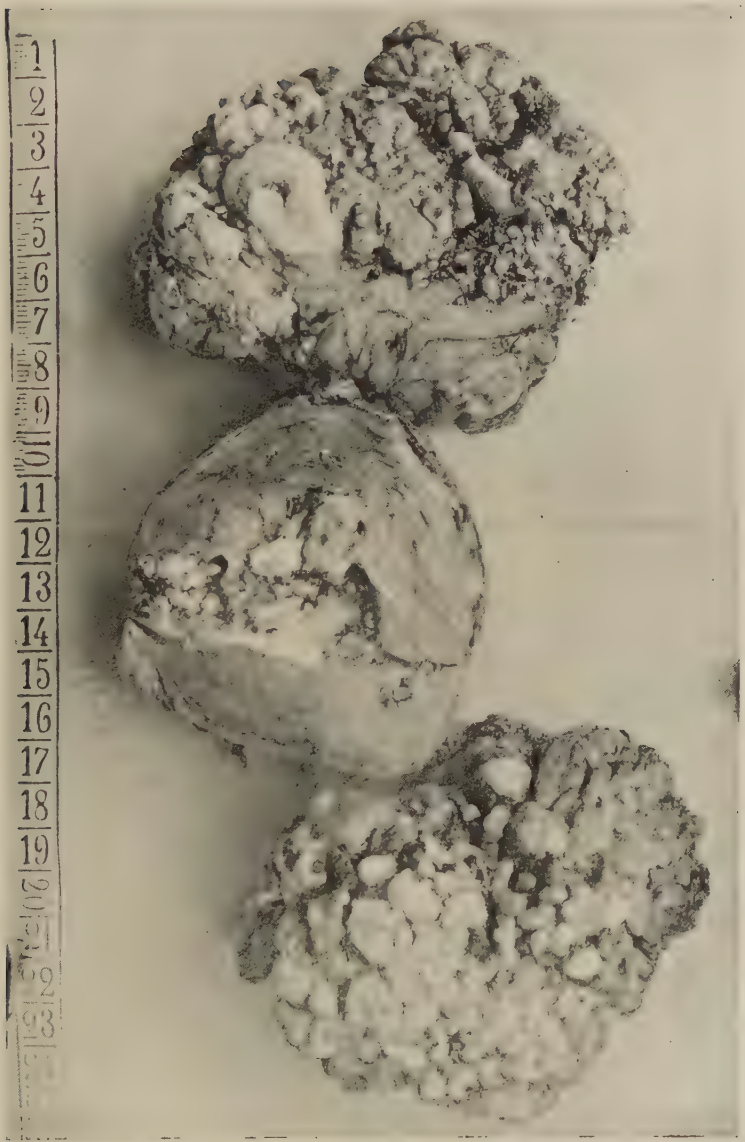
Pièce d'Autopsie.



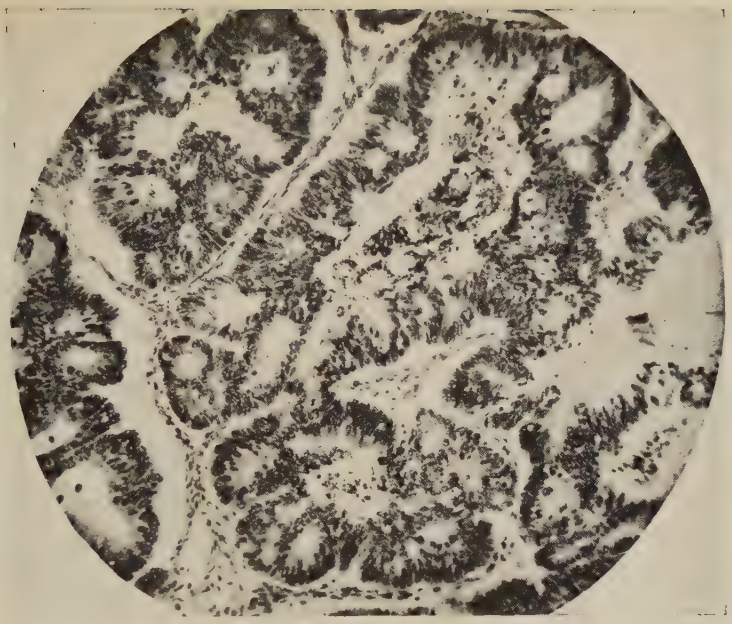
Epithélioma cylindrique Wolffien atypique : remarquer le grand nombre de mitoses souvent anormales.
Microphoto concernant l'observation nº 17 et obtenue avec le mikroplanar du Laboratoire d'Anatomie pathologique de M. le Professeur Gosset.

Photographie macroscopique d'une des tumeurs des ovaires de la malade de l'observation nº 17.
Epithélioma de l'ovaire infiltré massivement.

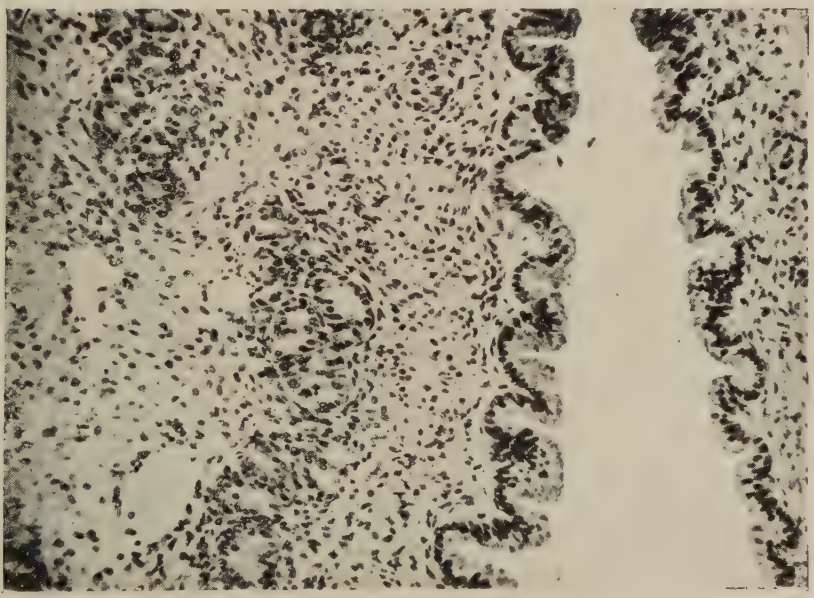
Photographie macroscopique de la tumeur appartenant à la malade de l'observation n° 18.
Gros épithélioma multilobulé.



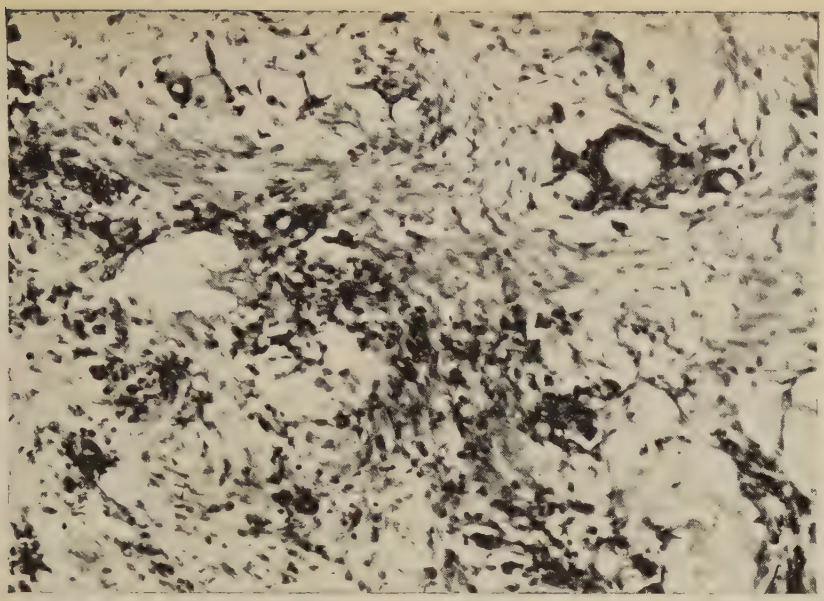
Photographie macroscopique des tumeurs ovariennes de la malade concernant l'observation n° 19. Hystérectomie.
Tumeurs végétantes bilatérales des ovaires.



Microphoto concernant l'observation n° 14, obtenue avec le Mikroplanar du Laboratoire d'Anatomie pathologique de M. le professeur Gosset.
Cordon flexueux d'épithélioma Wolffien.



Microphoto concernant l'observation n° 22, obtenue avec le Mikroplanar du Laboratoire d'Anatomie pathologique de M. le professeur Gosset.
Petits amas d'épithélioma glanduliforme typique au voisinage d'une cavité kystique allongée.



Tumeurs de Krukenberg : on note à droite deux tubes néoplasiques. Vers le centre petit amas cellulaire dans lequel un élément muqueux en « chaton de bague » est reconnaissable.

Microphoto concernant l'observation nº 24 et obtenue avec le Mikroplanar du Laboratoire d'Anatomie pathologique de M. le professeur Gosset.

Photographie macroscopique des tumeurs appartenant à la malade de l'observation nº 24 et obtenue avec le Mikroplanar du Laboratoire d'Anatomie pathologique de M. le professeur Gosset.

Tumeurs de Krukenberg bilatéraux : celle de droite est de la **grosseur d'une tête d'adulte.**

CONCLUSIONS

1° Nous avons eu l'occasion d'étudier 24 cas de tumeurs solides de l'ovaire recueillis dans le service de M. le Professeur Gosset, en analysant leurs observations cliniques, les interventions opératoires, leurs coupes histologiques, et quand nous le pouvions, les résultats opératoires éloignés.

2° Dans une première partie, nous rapportons un exposé anatomo-clinique des tumeurs solides de l'ovaire.

3° Sur ces 24 tumeurs, il y avait 10 fibromes de l'ovaire, 9 épithéliomas Wolffiens, 1 sarcome lymphoblastique, 1 tératome dégénéré et 3 tumeurs de Krukenberg.

4° L'examen clinique de ces divers malades à permis, dans la grande majorité des cas de porter un diagnostic exact de « tumeur solide de l'ovaire ». Mais le plus souvent il a été impossible, avant l'opération et l'examen histologique de porter un diagnostic précis de la nature de ces tumeurs.

5° De ces 24 malades, une a subi une intervention en vue de biopsie seulement, une n'a pas été opérée, les 22 autres ont subi une opération radicale.

6° Huit fois on a pratiqué une hystérectomie, le plus souvent supravaginale. Les autres cas ont été traités : 10 fois par la castration unilatérale, 6 fois par la castration double.

7° Chez ces 22 opérées, la mortalité opératoire a été nulle. Par contre les résultats éloignés sont loin d'avoir été satisfaisants. Huit malades sont décédées, d'autres n'ont pu être retrouvées et il est probable que parmi elles il y a eu des décès.

8° Nous avons pu retrouver seulement 9 malades en vie : elles ont été respectivement opérées : une depuis six ans, deux depuis trois ans, une depuis deux ans et deux depuis un an ; les trois autres depuis quelques mois seulement (4, 3, 1 mois). Cinq n'ont pu être revues.

Vu : le Président de la thèse,
A. GOSSET.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Adam. — Cancer de l'ovaire. Bull. Soc. Path. exot. Par., 1924, XVII, 330-333.

Adolf (S.). — Ueber Struma ovarii. Arch. f. Gynaek. Berl., 1918, cviii, 657-677.

Aeschner. — A propos d'une tumeur du groupe des folliculomes. Arch. f. Gyn., 1921.

Ahumada (J. C.). — Cancer ovarien et métrorragies post-ménopausiques. Semana Medica, 1928, fasc. 3.

Akimoto. — Zur Kenntnis des Sarcocarcinoma ovarii, Frankfurth. Ztschr., f. Path. München, 1925, XXXII, 114-120.

Althabe. — Tumor solido del ovario. Rev. Assoc. med. Argent. Buenos-Aires, 1915, xxiii. 1782.

Althabe (A.) et Colillas (C.). — Tumeur de Krukenberg. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc., t. t. 17 : 339, mars 1928.

— Seminoma del ovario. Bol. Soc. de Obst. y ginec., t. 7 : 132-141. Juillet 1928.

Amreich (I.). — Zweizeitig operiertes Carcinoma ovarii metastaticum. Arch. f. Klin. Chir., Berl., 1926, cxl, 638-641.

Anspach. — Acute torsion of solid tumor of ovary. Internat. Clin., 1, 186-187, 1927.

Aschheim. — Verkalktes Fibrom des Ovariums. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1916, LXXVIII, p. 497.

Ashhurst et Walkling. — Fibroma of the ovary. Ann. Surg. Phila., 1921, lxxii, 772, 1 pl.

Askanazy. — Sur la production des teratomes expérimentaux. Soc. méd. Genève, 27 mai 1909.

Aubert. — Fibrom des Eierstocks mit kystischer Entartung. Frauenarzt, Leipz., 1915, XXX, 70-75.

Babès (A.) et Rapile (D.). — Etude sur le périthéliome de l'ovaire. Gyn. et Obst., 1926, t. 14, p. 319.

Babès (A.). — Etude sur le folliculome de l'ovaire (tumeur à cellules de la granulosa). Gynéc. et Obst., 1928, t. XVII, pp. 129-149.

— Etude sur le follicome de l'ovaire (tumeur à cellules de la granulosa). Gyn. et Obst., t. 17, 129-149, février 1928.

Barbier (L.). — Fibro-sarcome kystique de l'ovaire droit. Lyon médical, 1922, CXXXI, 245.

Bardon et Darrasse. — Fibrome de l'ovaire en dégénérescence. Bull. d'Obst. et de Gynéc., t. 17, 852, 1928.

Barris (J.) et Shaw (W.). — Rhabdomyosarcoma of ovary, Proc. Roy. Soc. Med. (Sect. Obst. et Gynaec.), t. 22, 32-34, 1929.

Bazy. — Tumeurs de l'ovaire chez l'enfant et la jeune fille. Bull. et Mém., Soc. de Chir. de Paris, 1911, xxxvii, 664, 711.

Begouin et Massé. — Tumeur épithéliomateuse bilatérale des ovaires avec ascite (Résumé). Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Par., 1926, XV, 495.

Bell (W. B.). — Endométrioma and endometriomyoma of the ovary. J. Obst. et Gynaec. Brit. Emp. London, 1922, n. s., XXIX, 443-446, 3 pl.

— Bilateral carcinomatous sarcoma of the ovary. *Ibid.*, 159, 164.

Belozor (J. S.). — Metastatic cancer of the ovaries (so called Krukenberg's tumors). Vrach. Gaz. Petrograd, 1923, xxvii, 434, 436.

Bermann (S. E.). — Fibroma de ovario. Semana med., t. 2, 831-836, sept. 29, 1927.

Bertino (A.). — Sulla bilateralita dei tumori maligni dell' ovario. Ann. d'Ostet., Milano, 1913, ii, 637-731.

— Ancora sulle metastasi dei tumori dell'ovario. Ginecologia. Firenze, 1910, vii, 572-579.

Bishop (E.). — Solid tumors of the ovary ; their clinical consideration and treatment. Am. J. Obst. and Gynec., Saint-Louis, 1924, vii, 576-587 (Discussion, 621-625).

Bittmann (O.). — A case of mixed ovarian neoplasma. Casop. lék. cesk., Praha, 1923, lxii, 172-177.

Black (W. T.). — Solid teratomata of the ovary, report of 2 cases. Am. J. Obst. and Gynec. Saint-Louis, 1925, X, 345-534 (Discussion, 412).

Boldt (H. J.). — Fibroid tumour of the ovary. Am. J. Obst. N.-Y., 1910, lxi, 794.

— Uterine tumor with bilateral ovarien tumors. Am. J. Obst. N.-S., 1910, lx, 794.

— Primary adenocarcinoma of the ovary with metastases in the opposite tube and ovary. Am. J. Obst., 1917, lxxv, 861.

Bortkevich (A. M.). — Myoma sarcomatodes ovarii, J. akush. i. jensk., boliez, St.-Petersb., 1913, xxviii, 419-428.

Bosquette. — Fibrome de l'ovaire. Dauphiné méd. Grenoble, 1913, xxxvii, 72.

Bourg et Cordier. — La tumeur de Krukenberg, cancer metastasique de l'ovaire. Bruxelles méd., t. 8, 1086-1092, juin 1928.

Bourg (R.). — La tumeur de Krukenberg et sa symptomatologie clinique. Liége méd., t. 21, 947-966, juillet 1928.

Boursier et Auvray. — Précis de Gynécologie, 1925. Paris, Doin.

Bouchut et Morenas. — Cancer de l'estomac et cancer des ovaires. Lyon méd., 1923, cxxxii, 936, 940.

Bory (L.). — De l'unité des tumeurs épithéliales de l'ovaire. Arch. de méd. expér. et d'anatom. path., Paris, 1912, XXIV, 99-110.

Boxer. — Demonstration : 3 Fälle von Struma ovarii. Zentr. f. Gyn., 1911, XXXV, p. 31.

Brebner (I. W.). — Two unusual cases ; chorioepithelioma

or embryoma of ovary ? Syphilitis of knee. J. M. A. South Africa, t. 2, 92, février 25-1928 (in Duth).

Briggs (H.). — Unilateral solid primary adenoma of the ovary, 73-84.

Brocq (P.). — A propos des tumeurs kystiques ou solides des ovaires prises pour des fibromes et traitées par radiothérapie. Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc., t. 16, 295-313, mai 1927. Id. Gynécologie, t. 26, 413-416, juillet 1927.

Brown (J. B.) et O'Keefe (C. D.). — Sarcoma of ovary with unusual oral metastases. Ann. Surg., t. 87, 467-471, mars 1928.

Bruusgaard (E.). — Ein Fall von Sarcomatosis cutis bei einem achtzehnjährigen Mädchen von einem, Ovarialsarkom ausgehend, Dermat. Ztschr., p. 53-86-91, avril

Bussa-Lay (E.). — D'un raro tumore solido dell'ovario simulante l'osteoma. Policlin. Roma, 1920, xxvii, sez. chir., 1-8.

Cabanes (E.). — Fibromes de l'ovaire. Bull.Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Par, 1914, iii, 410,

Capecchi (E.). — Fibroma puro dell'ovaio. Chir. obstet. tome 31 : 79-87, 1929.

Caro. — Zur Lehre von den Riesen-Fibromen des Ovariums. Thèse de Leipzig, 1914.

Carl (W.). — Endotheliale Ovarialtumoren. Arch. f. Gynaek, Berl., 1909, lxxxix, 608-624 p.

Castaño (C. A.). — Endometrioma de trompa y ovario. Contribución a su estudio. Bol. y trab. de la Soc. de Cir. de Buenos-Aires, t. 13, 48-52, 1929.

Cashman (B. Z.). — A case of bilateral ovarian carcinoma with metastases in a young woman aged 23. Atlantic Med. J., Harrisburg, 1924-1925, xxviii, 457.

Casper (M). — Sarcoma of the ovary. Kentucky M. J., Bowling, Green, 1919, XVII, 35.

Cattaneo (Z). — Carcinoma dell'ovario o tumore del corpo luteo ? (Contributo alla diagnostica differenziale dei tumori solidi comuni dell'ovario e di quelli piu pro-

priamente del corpo luteo). Ann. di ostet t. 50, 483-507, mai 1928.

— Sulla coesistenza di un endotelioma primitivo dell' ovaïo e di un carcinoma primitivo dello stomaco (Contributo isto e anatomo patologico alla conoscenza dei neoplasmi endoteliali dell'ovaio). Ann. di ostet., t. 51, 97-119, février 1929.

Cavour (T.). — Metastases multiples osseuses et viscerales dans un cas de carcinome primitif de l'ovaire gauche. Gynec. et obstet., Par., 1920, i, 71-79.

Caylor (H. D.). — Sarcoma associated with ovarian fibroma. Ann. Surg., Phila., 1925, lxxxi, 674-678.

Cestan. — Carcinome de l'ovaire. Toulouse Med., 1906, page 149.

Chapuis (R.). — Un cas de cholesteatome pur de l'ovaire. Arch. de med. expér. et d'anatom., patho. Par., 1913, XXV, 233-238.

Chapman. (T. L.). — Krukenberg tumor. Surg., Gynec. and Obst. Chicago. 1920, XXXI, 55.

Chenot. — Etudes des épitheliomas primitifs de l'ovaire. Thèse Paris, 1911.

Chenal (W. T.). — Bilateral primary solid ovarian carcinoma. Med. J. Australia. Sydney, 1922, i, 463.

Clauser (F). — Contributo allo studio delle metastasi ovariche dei tumori intestinali maligni, Folia gynaec., t. 25, 345-388. 1928.

Clavel. — Neoplasme thyroïdien inopérable, avec formation kystique volumineuse. Lyon med., t. 140, 73, juillet 24, 1927.

Clark (E. D.) et Gabe (W. E.). — Fibroma of the ovary, Am. J. Obst. et Gynec., Saint-Louis, 1920-1921, i, 603-608 (Discussion), 632.

Clark (J. G.). — Histogenesis of ovarian tumors. Progr. Med., Phila, 1923, ii, 228.

Clemenz. — Intraperitoneale Operationen bei Schwangerschaft oder Geburt, komplizierend den Tumoren. Arch. f. Gyn., LXXXIX, pp. 245-262.

Codet-Boisse. — Evolution clinique a type malin dans le fibrome de l'ovaire. Thèse Bordeaux, 1906.

Condamin (R.). — Un nouveau cas de maladie de Krukenberg. Lyon med., t. 139, 453-455, 17 avril, 1927.

Corlette (C. E.). — Large ovarian tumor in a girl 15 years of age, M. J. Australia, t. 2, 684, 12 nov., 1927.

Corsi (F.). et Montpellier (J.). — Sur les évolutions cellulaires de diagnostic histologique et les homologies des epithéliomes ovariens issus de vestiges wolffiens, Bull. de l'Assoc., franc. p. l'étude du cancer, t. 16, 537-571, juillet 1927.

Crawford (J. A.)et Herbert (L. A.). — Probable primary ovarian sarcoma with multiple metastasis. New-Orleans M. and S. J. t. 82, 80-84, 1929.

D'Allaines et I. Bertrand. — Epithelioma Wolffien de l'ovaire coïncidant avec un cancer de la corne utérine. Gyn. et Obst. 1924, t. IX, pp. 433-439.

Dambrin, Bernardbeig et Thomas. — Deux cas de tumeurs solides de l'ovaire. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec. de Par., 1926, XV, 381.

Darnall (W. E.). — An unusual tumor of the ovary.Virginia, M. Month. Richmond, 1921-1922, xlviii, 540.

Dartigues et Gresset. — Fibrome et kystes végétants des ovaires. Neoplasme. Par., 1925, iv, 152.

Daraban (E.). et Joanitescu (G.). — Cancer secondaire de l'ovaire. Gyn. 1929, t. VI, pp. 18-23.

Dauwe (O,). — Sarcome volumineux des ovaires, opération, Guérison, Ann. Soc. de Méd. d'Anvers, 1911, lxxiii, 27-29.

Delmas (P.). — Un cas de fibrome de l'ovaire.Bull. Soc. d'obst. et gynéc. Paris, 1920, ix, 234.

Delmas (P.) et Cohen (J.). — Un cas de fibrome de l'ovaire Montpel. méd., 1920, xlii, 32-35.

Delannoy (E,). et Breton (A.). — Un cas d'épithelioma wolffien de l'ovaire. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec. de Par., 1926, XV, 239-242.

Delfourd et Lucien. —Fibrome de l'ovaire. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec. de Par., 1926, XV, 512.

Demoss (E. C.). — Sarcoma of the ovary with report of case. J. Tenn. M. Ass. Nashville 1909-1910, ii, 348-351,

Demons et Charbonnel. — Gros fibrome de l'ovaire. J. de Méd. de Bordeaux, 1912, xlii, 607.

Demarest et Masson. — Seminome de l'ovaire chez un enfant de 14 ans. Bull. et men. Soc. anat. de Paris, 1912, lxxxvii, 448.

Desurmont (J.). — Sur un cas de tumeur solide bilatérale de l'ovaire. J. d. sc. med. de Lille, 1911, ii, 538-540.

— Etude anatomo-clinique des tumeurs solides bilatérales des ovaires. Thèse de Paris, 1911.

Descomps (P.). — Tumeur ovarienne double géante. Bull. et mém. Soc. anat. de chir., t. 53, 993, july 1927.

Dennis (W. A.). — Fibroma of ovary ; fibroma of labium majus. Surg. Clin. N. Am. Phila., 1923, iii, 1323-1325.

Dick (G. F.). — Mixed tumor of the ovary. Surg., Gynec. and Obst. Chicago, 1918, XXVI, 358.

Dingels (H.). — Uber das anatomische und klinische Verhalten der Struma thyreoidea ovarii. These Bonn 1912.

Dongen (Van J. A.). — Two unusual cases of metastatic ovarian cancer Nederl. Tijdschr. v. Geneesk, Haarlem, 1922, lxvi, p.t. 1, 1630-1633.

Dougal (D.). — Primary chorioepithelioma of the ovary. J. Obst. and Gynaec. Brit. Emp., Lond, 1924, n. s. xxxi, 387-397, 2 pl.

— Primary Chorioepithelioma of the ovary. J. Obst. a. Gynec. Brit. Emp. London, 1924, n. s. XXXI, pp. 387-397.

Downes (W. A.). — Tumors of the ovary ni children ; report of a large ovarian cyst in an infant 7 months old. J. Am. M. Ass, Chicago 1921, lxxvi, 443-445.

Dreyfus (J.). — Tumeurs malignes primitives de l'ovaire. Thèse Paris 1907, 285 p.

Dreuschuch (F.) et Lovas (A.). — Combined Rœntgen

treatment of ovarian Cancer. Bratisl. lek., Praha, 1925, V, 110-124.

Duboucher (H.). et Montpellier (J.). — Tumeur de Krukengerg. Histogenèse du stroma, Bruxelles med. t. 9, 961-963, 1929.

Dujarier (C). et Topons (Khan). — Carcinome des 2 ovaires, envahissement des trompes et des fibro-myomes utérins. Bull, et mém. Soc. anat. de Paris, 1920, XC, 321.

Dupont (R.) et Simard (L. C.). — Seminome de l'ovaire. Bull. et Mem. Soc. Anat. Paris, juin 1925, nº 6.

Dupont (A.). et Lievre (J. A.). — Metastase ovarienne bilatérale d'un cancer latent de l'estomac a type de tumeur de Krukenberg ; métastase sacrée avec syndrome de la queue de Cheval, Ann. d'anat. path., t. 6, 335-341, mars 1929.

Eccles (W. Mc. A.). — Alveolar sarcoma of the left ovary. West. Lond. M. J. Lond., 1911, xvi, 129.

Eichmeyer. — Zur Kasuistik der Duodenalstenose. Ein Fall von Okklusion der Flexura duodeno-jejunalis infolge. Driisenmetastase bei Ovarialkarzinom. Arch. f. Klin. Chir., t. 153, 610-616, 1928.

Eliot, Bishop. — Solid tumors of the ovary ; their clinical consideration and treatment. Amer. J. Obst. a. Gyn., VII, nº 5, mai 1924, pp. 576-587.

Engelhard. — Fibromyoma lig. ovarii propr. of fibromyom van een derden eierstok. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaek. Haarlem, 1918-1919, XXVII, 302.

Erusalimski (David). — Ueber Ovarialfibrom mit Ascites. München., 1913. M. Ernst, 26, p. 80.

Esser (M.). — Ueber das Folliculomas Oophoroma ovarii. Mont. f. Geb. u. Gyn., 1928, t. LXXIX, f. 6.

Estor (E.), Grynfeltt (E.) et Aimes (A.).— Fibromyome de l'ovaire. *Ibid.*, 300-302.

Faguet C.). — Fibrome de l'ovaire et grossesse. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Par., 1924, Xiii, 118-121.

Fairise et Heuilly. — Deux cas de néoplasme métastasique

des deux ovaires. Province méd. Paris, 1913, xxiv, 173-175. Id. Rev. med. de l'est. Nancy, 1913, xiv, 183-187.

Fairban (J. S.) et Taylor (J. F.). — Simple ovarian embryoma with spread into contiguous structures. Proc. Roy. Soc. Med., Lond., 1924-1925, xviii, sect. Obst. and Gynaec., 23-25.

Falco (A.). — Sul teratoma solide dell' ovario. Ann. di ostet. Milano, 1914, i, 397-440, 1 pl.

— Sul epitelioma dell'ovario. Tumori. Roma, 1914-1915, iv, 400-444, 1 pl.

Faure (J. L.) et Siredey. — Traité de Gynécologie, 4e édition, 1928. Paris, Doin.

Fitzgibbon (G.). — A case of fibro-sarcoma of the ovary. J. Obst. and Gynaec. Brit. Emp. London, 1913, xxiii, 151-154.

— A case of fibro-sarcoma of the ovary. Tr. Roy. Acad. M. Ireland. Dubl., 1913, xxxi, 240-247.

— A case of primary fibro-sarcoma of the ovary. Med. Press. and Circ. Lond., 1913, n. s., XCV, 305.

— Torsion of ovarian tumour pedicles. Clin. J., t. 57, 585, décembre 1928.

Fleming (C. S.). — Ovarian fibroid. West Virg. M. J. Huntington, 1919-1920, XIV-92-94, 1 pl.

Franz. — Grosser Ovarialtumor. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Stuttg., 1917-1918, lxxx, 214.

Fleurent. — De la symptomatologie du cancer de l'ovaire. Bull. Soc. d'Obst., 1928, no 7.

Foerster (F.). — Fibrosarcoma of the ovary. Am. J. Obst. N.-Y., 1914, lxix, 350-352.

Ford. (F. A.) — Strahlenbehandlung bei Krebsen der Eierstockes. Amer. J. Obst., 1928, t. LXVI, fasc. 1-11.

Forgue et Massabuau. — Les tumeurs de l'ovaire à formation chorioépithéliale. Rev. de Gyn., 1907.

— Gynécologie. In Traité de Chirurgie Delbet et Schwartz, 1927.

Fournier. — Tumeur maligne de l'ovaire. Journal des Praticiens, 1904.

Foulkrod. — Report of a case of Krukenberg's tumor of the ovaries. Am. J. Obst., N.-Y., 1916, lxxiv, 657-660.

Fourmestraux (J. de). — Tumeurs solides de l'ovaire et grossesse. Arch. méd. chir. de Province. Tours, 1921, xi, 267-278.

Frank. — Maligne Teratome des Ovariums. Amer. J. Obst., mars 1907.

Francesco (P.). — Fibroma puro dell'ovario. Arch. di ostet. e ginec. Napoli, 1926, 2e s., xiii, 273-283.

Franco (E. E.). — Contribuzione allo studio dei tridermomi solidi dell'ovaro. Riv. veneta di sc. med., Venezia, 1911, liv. 54, 80.

— Beitrag zum Studium der festen Tridermome des Eierstockes. Virchow's Archiv. f. path. Anat. (etc.). Berl., 1911, CCV, 25-42, 2 pl.

Frankl (O.). — Adenomyoma ligamenti ovarii. Arch. f. Gynaek., Berl., 1911, xciii, 659-675, 1. p.

— Teratoma ovarii malignum strumosum. Zentralbl. f. Gynaek. Leipz., 1912, xxxvi, 1761-1763.

— Beiträge zur Pathologie und Klinik, des Ovarialkarzinoms mit besonderer Berücksichtigung des Carcinoma ovarii metastaticum. Arch. f. Gynaek., Berl., 1920, cxiii, 29-132, 2 pl.

— Ueber Endometrioma ovarii. Monatschr. f. Geburtsh, u. Gynaek, Berl., 1923, lxii, 93.

— Zur Pathologie und Klinik des Fibroma ovarii adenocysticum. Arch. f. Gynäk, t. 131, 325-338, 1927.

Frankel (J. M.) et Lederer (M.). — Report of 3 cases of Struma ovarii, Am. J. Obst. et Gynec., t. 16, 367-372, 1928.

Frankl. — Liepmanns Handbuch der gesamten Frauenheilkunde. Leipz. 1914, C. W. Vogel.

Frankenthal (L.). — Unsere heutige Aufassung von den sog. Krukenbergs'hen Tumoren und ihre Bedeutung

fur die Chirurgie. Beitr., z. Klin. Chir. Tübingen, 1921, cxxiii, 600-622.

Franzen (A.). — Fall of Fibromyoma ovarii. Hygiea, Stockholm, 1912, lxxiv-808.

Frost (E. M.). — Papillary cystadenocarcinoma of ovaries with metastase. Pennsylvania M. J., t. 32 ; 431-432, 1929.

Fullerton (W. D.). — Fibroid tumors of the ovaries ; with report of a case, Surg., Gynec. und Obst. Chicago, 1914, xviii, 451-455.

Gamel (E.) et Bourde (Y.). — Fibrome de l'ovaire et grossesse Marseille, med. 1922, lix, 127, 130.

Gargano (G.). — Embrioma ovarico a structura prevalentemente tiroidea, Arch. ed. atti. d. Soc. ital. di chir. (1927), t. 34 ; 731-1928.

Gatti (M.). — Contribuiçao ao estudo dos tumors solides do ovario. Arch. brasil. de med., Rio de Jan. 1914, iv, 215-218, 1 pl.

Gaudier. — Tumeur surrénaliennes de l'ovaire. Echo Méd. du Nord, 26 juillet 1908.

Gauthier-Villars (P.). — Etude des métastases ovariennes des épitheliomas digestifs. Ann. d'anat. patho. t, 5, 1-24, janvier 1928.

— Thèse Paris, 1927.

Gayet et Alamartine. — Volumineuse tumeur solide gauche, ablation avec conservation de l'ovaire droit et de l'utérus. Lyon med., 1909, cxiii-1030-1032.

Geist (S. H.). — A contribution of the histogenesis of ovarian tumors. Am. J. Obst. et Gynec., St. Louis 1922, iii, 231-240.

— Solid ovarian tumors ; their pathology. Am. J. Obst. and Gynec. St. Louis, 1924, VII, 567-576. (Discussion), 621-625.

Gemmel (J. E.). — Ovarian teratoma, Proc. Roy. Soc. Med. Lond, 1911, v. Obst. and Gynaec. Sect 285, 288.

Gerson (H. M.). — A case of carcinoma of the ovary in a girl aged 9 years. Lancet. Lond. 1919, ii, 1195.

Gilcher (A. E.). — Endotheliomata of the ovaries J. akush. i jensk. boliez, St. Peters. 1913, xxviii, 737-774, 2 pl.

Giles (A. E.). — A large solid ovarian tumor. Adeno-carcinoma, Proc. Roy. Soc. Med., Lond, 1909-1910, iii, Obst. and Gynaec. Sect., 51-53.

— Diffuse ovarian fibroma with central cyst. Proc. Roy. Soc. Med. Lond., 1912-1913. Obst. and Gynaeck, sect. 127.

Gisbert (E.). — Un cas de tumeur double des seins et de tumeur bilatérale des ovaires. Ann. d'anat. path., t. 6, 441-443, 1929.

Gleize-Rambal (L.) et Robert (J. P.). — Sur la présence dans les tumeurs ovariennes du type Krukenberg, de formations glandulaires d'origine gastrique. C. R. Soc. de Biol., Paris, 1925, xcii, 708-711.

Glendining (B.). — Fibro-adenoma of the ovarian fimbria, and the question of the accessory ovary. Proc. Roy. Soc. Med. Lond., 1911-1912, v. Obst. and Gynaec., sect. 271-274.

Glockner. — Carcinome de l'ovaire à fonctions syncytiales. Zeitschr. f. Geburt. u. Gyn., t. 84.

Godart (J.). — Trois cas de tumeurs malignes de l'ovaire. Policlin. Brux., 1914, xxiii, 185-189.

Goldschmied. — Beiderseitiges Ovarialsarkom. Mon. f. Geb. u. Gyn., 1923, LXI, p. 361.

Goodall (J. R.). — The origine of tumors of the ovary. Brit. M. J. Lond., 1920, i, 133.

Gordon (O. A. jr.). — Report of a case of Krukenberg tumor. Am. J. Obst. and Gynec., Saint-Louis, 1924, viii, 120-122.

Gosset et Masson. — Nevraxo épithéliome de l'ovaire. Rev. de Gyn. et Chir. abd., t. XX, 1913, p. 1-17.

Gough (A.). — Large solid ovarian tumor with twisted pedicle. J. Obst. and Gynec. Brit. Emp., t. 34, 530-531, 1927.

Greil (A.). — Enstehung der Krukenbergchen Tumoren. Monatschr. f. Gebursth. u. Gynaek., Berl., 1922, lviii, 59-65.

Grosse (H.). — Néoplasme des ovaires avec métastase utérine chez une femme traitée antérieurement par les rayons X. Rev. franç. de Gynéc. et d'Obst., Par., 1923, xviii, 125-129.

Grunert. — Ovarialcarcinome. Zeitschr. f. Geburt. u. Gyn., 1910, t. 67.

Guelliot. — Complication des fibromes de l'ovaire. Presse médicale, 1906.

Guibé. — La torsion du pédicule des tumeurs solides. Rev. de Gyn., 1909, p. 55.

Guillaume-Louis (P.). — Les tumeurs solides de l'ovaire (étude clinique). Arch. med. chir. de Province, Tours, 1925, XV, 102-106.

Guillemin (A.). — Volumineux fibrome de l'ovaire. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc., t. 18, 298, avril 1929.

Guiroy (A.) et Jakob (A.). — Tumor de Krukenberg y embarazo. Semana med., t. 1, 203-205, janvier 1928.

Gusnar (von K.). — Ueber einen ungewöhnlichen Fall von multipler primärer Tumorbildung im uterus und Ovarium. Arch. f. Gynäk., t. 130, 325-341, 1927.

Gustafsson. — Ein Fall von akzessorischen ovarialfibrom. Beitr. z. Geb. u. Gyn., t. XIX, Erg. H. I., pp. 85-89.

Guyot (J.) et Dubreuilh. — Volumineux épithéliome de l'ovaire avec adhérences multiples ; hystérectomie subtotale ; Mickulicz ; guérison. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc., t. 16, 229, mars 1927.

Haendly. — Doppeltmannskopfgrosser Ovarialtumor. Ztschr., f. Gebursth. u. Gynaek., Stuttg., 1914, lxxvi, 555.

Hall (M. E.). — A case of so-called Krukenberg's tumor of the ovary. Proc. N.-Y. Path. Soc., 1912-1913, n. s., xii, 57-69.

Harnik (M.). — Ovarialkarzinom neben Karzinom der Appendix. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaek., Berl., 1924, lxvi, 345-350.

Harris (R. H.). — Carcinomatous ovarian teratoma with premature puberty and precocious somatic develope-

ment. Surg. Gynec. and Obst., Chicago, 1925, xli, 191-193.

Hartz (H. J.). — Report of a case of an ovarian fibromyoma undergiong sarcomatous degenerations. Am. J. Obst. N. Y., 1912, lxvi, 544-548.

Harwood, Trudeau et Guérin-Lajore. — Teratome solide de l'ovaire avec grossesse concomitante. Union méd. du Canada, Montréal, 1925, liv, 747-755.

Haury (R. S.). — Malignant tumors of the ovaries report of cases, J. Kansas M. Soc. Topeka, 1916, xvi, 223-227.

Hayd (H. E.). — Sarcoma of the left ovary in a child of 23 months old. Am. J. Obst., N.-Y., 1918, lxxviii, 764-767 (Discussion), 868-872.

Hellendall. — Uber ein aus dem lateralen Teil des Ovariums, hervorgegangenes Fibrosarkom. Mon. f. Geburtsh. u. Gyn., 1908, XXVII, pp. 102-106.

Hellman (A. M.). — Ovarian fibroids ; with report of 6 cases. Surg. Gynec. et Obst. Chicago, 1915, XX, 692-699.

Henry (G.). — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. Thèse Montpellier, 1919, 47 p.

Herbst (M.). — Cases of fibroids of ovaries. Polska Gaz. lek. t. 8, 434-435, 1929.

Herrmann et Morel (C.). — Précis d'Anatomie pathologique. Paris, 1926, Doin.

Herzog (T.). — Die Melanosarcome des ovarien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1917-1918, LXXX, 576-590.

Heully (L.). — Tumeur métastasique de l'ovaire. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris, 1922, xi, 499-501.

Heyman (J.). — Erfahrungen und Resultate mit radiologisher Behandlung des Ovarialkarzinoms. Acta gynecol. scandin. Helsingfors, 1924, iii, 109-118.

Higgins (T. T.). — Ovarian Sarcomata in children, an account of 3 children. Brit. J. Child. dis. Lond., 1915, xii, 161-165.

Himwich (H. E.). — Rhabdomyoma of the ovary. J. Cancer Research. Balt., 1920, v, 227-241.

Hoche (J.). — Le séminome de l'ovaire. Thèse Nancy, 1929, 163 p.

Hofmeier. — Handbuch der Frauenkrankheiten. Leipz., 1921, Vogel.

Hoon (M. R.). — Fibromata of the ovary. Surg. Gynec. and Obst. Chicago, 1923, XXXVI, 247-251.

Hornung. — Ovarialkarzinom. Frühstadium, Ztschr. f. Geburstli. u. Gynäk., t. 91, 203, 1927.

Hummer. — Sur un cas de tumeur de Krukenberg. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc., t. 17, 468-471, 1928.

Hussy (P.). — Beitrag zur Kenntnis der Krukenbergshen Ovarialtumoren. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk. Leipz., 1910-1911, xvi, 481-484.

Infantozzi (J.). — Fibroma de ovario ; tromboflebites de la vena utero-ovarica. Rev. de med. Rosario, t. 1, 168-174, déc. 1926.

Isbruch (F.). — Metastatic gastro-enterogenous Krukenberg tumor : 2 cases. Monatschr. f. Geburtsch. u. Gynäk., t. 80, 289-296, 1928.

Jacobson (Ernst). — Ein fall von sogenannten Krukenbergschen Tumor of Ovarien, Munchen, 1913, R. Muller and Steinecke. 43 p. 8°.

Jameson (W. R.). — Carcinoma of right ovary, Southwestern Med., t. 12, 68-69, février 1928.

Jarcho (J). — Krukenberg tumors and their practical problems, Am. J. Obst. and Gynec., t. 13, 288-307, March 1927.

Jellet (H.). — Malignant ovaries, Tr. Roy. Acad. M. Ireland, Dubl, 1911, XXIX, 430-432.

Jivatoff (G. K.). — Clinic and pathology of ovarian sarcoma, Klin. Med. t. 5, 441-445, 1927.

Johansson (S.). — Ein fall von doppelseitigem Ovarialsarkom bei einem 3 jährigen. Mädchsen. *Ibid.*, 5-7.

Johnson (J. T.). — A case of solid fibroid tumor of the ovary Tr. South, Surg. and Gynaec Ass. Philä., 1914, xxvii, 236-246.

Jones (A. T.). — Case of solid tumor of parovarium evidently originating from Wolffian body, Tr. Am. Ass. Obst. and Gynaec. 1913,,Jorsk 1914, xxvi, 244-246.

— Case of large sarcoma of ovary ; great amomt of fluid in abdominal cavity ; improvement in general condition sine operation ; prognosis good for severals years in this type of case. *Ibid*, 246-248.

Judd (A. M.). — Sarcoma of the ovary. Am. J. Obst. et Gynec. Saint-Louis, 1920-1921, i, 383-385.

Jung (G.). — Zur Diagnose und Histogenese des ovarial Carcinomes. Beitr. z. Geb. u. Gyn., 1908, pp. 469-487.

Keep (C.). — Two cases of solid pedunculated papilloma of ovaries. Proc. Roy. Soc. med., Lond. 1912-1913, vi, Obst and Gynaek. Sect. 284-290.

Keller (R.). — Les néoplasmes de l'ovaire au point de vue clinique. Bull. Soc. d'obst. et de Gynec. Paris 1922. pp. 298-304.

— Cancer primitif et l'uterus et cancer primitif de l'ovaire.

Khvoroff (V.). — Ovarian sarcomata in minors. Sibirsk. Vrach. Tomsk. 1913-1914, 1, 415 ; 417.

Kieffer (A. R.). — Round cell sarcoma of the ovary weekly Bull. Saint-Louis, M. Soc. 1909, iii, 436.

Kittel (P. B.). — Twisted ovarian tumor complicating acute peritonitis in a girl aged 8 years, Saint-Barth., Hosp J. Lond. 1919-1920, xxvii, 24.

Klauhammer (Wilhelm). — Ueber Ovarialtumoren bei Kindern, Jena. 1912, A. Kämpfe, 27 p. 8°.

Klein (G.). — Ueber eine bisher nicht bekannte Funktion maligner Ovarialtumoren Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk, Sturtg. 1913, lxxv, 132-136, 4 pl.

Klemperer (P.). — Ueber das Zwischenzellensarkom des Ovars. Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path. Iena, 1914, lviii, 143-158, 1 pl.

Klöpper (H.). — Extension d'un cancer ovarien autochtone dans l'utérus per contiguitaten. These Marburg, 1927.

Kloss (Hélène). — Ein Fall eines in einem Teratom des Ovariums entstandenem Sarkom mit sarkomatöser

Metastasis im grossen Netz. Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Iena, 1913, xxiv, 482-484.

Knewitz (O. W.). — Adeno-carcinoma of the ovary in a girl aged 5 Years. Illinois M. J. Chicago, 1920, xxxvii, 407.

Kocherginsky (A. Z.). — Fibrosarcoma of ovary, Omsky M. J. (no 4), t. 2, 25-30, 1927.

Kovacs (F.). — Ueber die Schilddrüsegeschwulst des Ovariums. Arch. f. Gyn. Berlin, 1924, CXXII, pp. 766-777.

Kraul (L.). — Ueber Myomovarien, Arch. f. Gynäk, t. 129, 526-540, 1927.

Krömer. — Ueber Ovarialtumoren. Deutch. med. Woch., 1912, pp. 142.

Krompecher (E.). — Ueber die Follikulome « Oophorome », und « Granulosazelltumoren » des Ovariums, Ztschr. f. Geburtsh. u, Gynäk., Stuttg, 1924, lxxxviii, 341-355.

Kubo. — Les Lymphangio-endotheliomes de l'ovaire, les tumeurs endothéliales de l'ovaire.

Kuhlhoff (Carl). — Ein Fall von Fibrosarkoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes) nach Krukenberg. Erlangen, 1912, 29 p. 8°.

Küstner (H.). — Isolierte Metastase eines primären Ovarialkarzinoms in der Cervix und Portio uteri. Monatschr. f. Geburtsh u. Gynaek., Berl. 1923, lxiv, 193,202.

Kusuda (S.). — Statischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis der Ovarialtumoren. Arch. f. Gynäk, Berl., 1925, CXXIV. 669-688.

Küster. — Zur Histologie der metastatischen Ovarialgeschwulste. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., LXVIII, pp. 364-386.

Kutscherenko (P.) et Schwedkowa (T.). — Zur Frage der metastatischen Krebsgeschwülste der Ovarien Frankfurt. Ztschr. f. Path., t. 35, 59-66, 1927.

Kworotansky. — L'endothéliome de l'ovaire et de la trompe. Arch. f. Gyn. 1908, t. 85, p. 355.

Lafuente et Hernandez (A.). — La salpingographie comme

diagnostic des tumeurs de l'ovaire. Rev. española. Obstet. 1928, pp. 440-453.

Lagarde (R.). — Sur une néoplasie ovarienne offrant des dispositions de type folliculaire. Compt. rend. Soc. de biol., Par., 1922, lxxxvi, 1159-1161.

Lahm (W.). — Zur Diagnose und Genese eines doppelseitigen soliden und teilweise adenomatösen Ovarialtumor (Adenofibrosis). Zugleich ein Beitrag zum Adenoma endometroides, Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. t. 75, 508-519, Feb, 1927.

Lamb (D. S.). — Large fibroma of ovary. Wash.M. Ann. 1913, xii, 299.

Lastra (E. T.) et Colillas (D.).— Tumor enbrionario de ambos ovarios Bol. Soc. d'obst. y. Ginec., t. 7, 396-401. Novem. 1928.

Lavenant (A.). — Tumeur solide de l'ovaire. Radiothérapie ; augmentation rapide de la tumeur ; ablation ; mort par anémie aiguë. Paris chirurg., 1923, XV, 257-259.

Lebague. — Endotheliome de l'ovaire, Arch. f. Gyn., 1910, t. 91.

Lehmann. — Uterus and Ovarialtumoren. Berl. klin. Wchnschr, 1917, liv. 785.

Le Filliatre (G.). — Volumineux fibrome de l'ovaire pesant plus de 7 livres ; laparotomie. Guérison. Bull. et mém. Soc. Anat. de Par., 1913, lxxxviii, 217-219.

Le Moniet. — Fibrome de l'ovaire du poids de 12 k. 500 ; laparotomie, guérison (Rap. par E. Potherat) *Ibid.*, 1475-1481.

Lenzi (V.). — Fibro-peritellioma dell'ovario ; contributo alla conoscenza lel peritelioma ovarico. *Ibid.* 611-628.

Leone (P.). — Sulla varieta delle papille nei teratomi dell' ovario (ricerche isto-pathologiche). Arch. di ostet. et ginec., Napoli, 1925, 2. S., xii, 241-278, 2 pl.

Lesage (A.) et Girault. — Sarcome de l'ovaire chez le nourrisson. Arch. de med. d. enf. Paris, 1913, xvi, 207-212.

Leveuf et Heraux. — Un cas d'épithélioma wolffien de

l'ovaire chez une fillette de 7 ans. Ann. d'anat. path. med. chir. Paris, 1926, iii, 639-641.

Levi (G.). — Grosso fibroma dell'ovario. Ann. di ostet. Milano 1912,i, 55-57.

Levi (I.). — Fibrome dell'ovario ; tre osservazioni cliniche. Riv. veneta di sc. med. Venezia, 1912, lvi, 210-223.

Levin (I.) et Joseph (B.). — Unusual modes of dissemination of ovarian carcinoma. Arch. Clin. Cancer Research, N. I., 1925, i, nº 2, 51-74.

Levy Du Pan. — Contribution à l'étude des hypernephromes de l'ovaire. Schweiz. med. Woch. 1924, LIV, pp. 1198-1200.

Ley (G.). — Primary and secondary carcinome of the ovary ; a statistical record from the Pathological Institute of The London Hospital. Arch. Clin. Canc. Res., 1925, 95-127, 1 pl.

Lory (G.). — Fibrome de l'ovaire. Bull. et mem. Soc. anat. de Par., 1922, xcii, 328.

Luppoff (A. N.). — Sarcoma of a rudimentary ovary J. akush. i. jensk. boliez, Saint-Péters. 1914, XXIX, 251-254.

Lusinchi (C.). — Le cancer primitif de l'avaire avant la vingtième année. Thèse de Montpellier, 1920.

Mac-Donald (A. W.). — Fibroïd tumor of ovary in a girl of 14. J. Am. M. Ass. Chicago 1922, lxxviii, 106.

Madon (J.) et Guibal (A.). — Epithelioma wolffien massif des 2 avaires ; étude clinique et anatomie-pathologique. Rev. franç. de Gynec. et d'obstet. Par., 1924, xix, 405-414.

Mallan and Collier. — Two cases of calcified ovarian tumours. Arch. radiol. and Electrother, London 1919-1920, XXIV, 253.

Malinin (A.). — Abdominal cancer and metastatic carcinomatosis of ovaries, Vrach. dielo, t. 10 : 420-422, March 1927.

Manheims (P. J.). — Folliculoma ovarii ; report of a case. Arch. Pathol. Chicago, 1926, i, 557-561.

Mapes (C. C.). — Ovarian fibromata. Internat Clin. Phila. 1909, 19, s., iv. 205-227.

Marchand (J.). — Ueber die sog. Krukenbergshen Ovarialtumoren. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. Berl., 1919, l, 117-129.

Mariotti (B.). — Sarcome rotondocellulare primitivo dell' ovario. Gazz. d. osp., Milano. 1910, xxxi, 465.

Marsalek (J.). — Rupturen der ovarialkarzinome. Cas. lek. cesk, 1929, nº 12.

Massabuau. — Fibrome de l'ovaire ; abondantes métrorragies, Bull. Soc. d'obst. et de gyneco. de Paris, 1912, i, 674-677.

— Le Cancer primitif de l'ovaire. Rev. de Gyn. et chir. abd. 1913, t. XX, p. 225.

Massabuau et Etienne. — Le cancer primitif de l'ovaire. Rev. de gynecologie et de chir. abd. Paris, 1913, XX, pp. 225-362.

Massazza (M.). — Sui fibromi dell'ovaia. Contributo anatomo-clinico. Ann. di ostet., Milano 1924, xlvi, 6-39, 3 pl.

— Nuove osservazioni di fibromi ovarici. Ann. di ostet. Milano, 1924, xlvi, 450-460.

— I tumori ovarici detti di Krukenberg. Ann. di ostet., Milano. 1925, xlvii, 31-72, 3 pl.

— I sarcoma ovarici. Ann. di, ostet. Milano., 1925, xlvii, 469-507, 3 pl.

Masson (P.). — Seminomes ovariens, Bull. et mem. Soc. Anat. de Par. 1912, lxxxvii, 402.

Masson (P.). — Essais sur les tumeurs non teratoïdes de l'ovaire. Bull. Soc. d'obst. et gynec. de Paris., 1922, xi, 304-319.

Matters (R. F.). — Ovarian malignancy, with special reference to Krukenberg tumours, Med., J. Australia, Sydney, 1926, i, 187.

Matthews (A. A.). — Ovarian Sarcoma in an infant. *Ibid.*, 372.

Manton (W. P.). — A case of fibroid of the ovarian ligament. Surg. Gynaec. and Obst. Chicago, 1910, xi, 59.

Mauclaire. — Sarcome melanique de l'ovaire. Bull. et mém. Soc. de Chir. Paris, 1911, xxxvii, 665-668.

Mauzi (L.). — Alcune ricerche istologiche su di un caso di sarcoma ovarico bilaterale. Arch. di ostet. et ginec., t. 14, 255-270, 1927.

Mayer (K.). — Kasuistischer Beitrag zur Grösse der Ovarialtumoren. Zentralbl. f. Gynäk., Leipz. 1921, xlv, 345-347.

Mayer (A.). — Klinik der Ovarialtumoren. In Halban et Seitz. Biologie und Pathologie des Weibes. t. V, 1926.

Meigs (J. V.). — Fibromata and sarcoma of the ovary ; report of two unusual ovarian tumors. Boston M. and S. J. 1922, clxxxvii, 952-956.

Ménétrier (P.) Peyron (H.)et Surmont (J.). — Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire d'origine Wolffienne, vestiges embryonnaires et début d'évolution kystique adénomateuse dans un ovaire de femme adulte. Bull. de Assoc. franc. p. l'étude du cancer, Par. 1922, xi, 170-184.

Ménétrier (P.), Peyron (A.), Isch Wall, (P.) et Long (G.) — Deux observations de type seminifère enlevées chez des sujets d'apparence féminine, hermaphrodisme et pseudo-hermaphrodisme. Bulletin Association Française pour l'étude du cancer, avril 1922.

Ménétrier (P.) et Mme Bertrand-Fontaine. — Propagation aux ovaires d'un épithéliome pavimenteux du col utérin. Bull. Assoc. Fr. p. l'étude du Cancer, 1924, avril, XIII, nº 4.

Ménétrier. — Cancers et tumeurs de l'ovaire in Cancer. Traité de Médecine, 1927, Baillére et fils. Paris.

Mériel. — Les tumeurs solides de l'ovaire (Rap.). Ann. de gynec. et d' Obst. Par., 1910, 2, vii, 578-604.

Mériel (E.). — Les tumeurs solides de l'ovaire. Gaz. de gynec. Par., 1910, XXV, 321-327.

Mériel. — Les tumeurs solides de l'ovaire. Toulouse Med., 1910, 2, s., xii, 291-298.

— Les tumeurs solides de l'ovaire. Prov. med. Par., 1910. xxi, 429-431.

Metzger et de Kervily. — A propos de 2 cas de fibrome de l'ovaire. Arch. mens. d'obst. et de gynéc. Par., 1915, 157-167.

Meyer (R.). — Ueber Adenoma tubulare malignum ovarii und die normalen tubulären Bestandteile des Ovariums. Zeitschr. f. Geburstth. u, Gynäk. Sttutg. 1914 lxxvi, 616-618.

Meyer (H.). — Drei Beiträge zur Kenntnis seltenerer, Ovarialtumoren, Arch. f. Gynaek, Berl. 1918, cix, 212-246, 2 pl.

Meyer (R.). — Ueber Teratome des Ovariums mit freiem Beckenende und Extremitäten. Arch. f. Gynäk, 1924-1925, CXXIII, pp. 714-764.

— Ueber Teratome mit Extremitäten in Ovarium. Zentr. f. Gynäck. 1924, XLVIII, pp. 1834, 1837.

— Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ovariums. Verh. d. D. Patho. Gesell, XVI, pp. 396.

Michon (E.). — Tumeur du hile de l'ovaire. Torsion du pedicule hémorragie intra-péritonéale ; laparotomie ; guérison après embolies pulmonaires (Rapport de Souligoux). Bull. et mém. Soc. de chirg. de Paris, n. S. xxxv, 1072-1077.

Micotti (R.). — Sul nuxoma dell'ovario (contributo anatomo-patologico e clinico). Riforma med., Napoli, 1922, xxxviii, 988-991.

Miller. — Report of two cases of Krukenberg tumor of the ovary. Tr. Edinb. Obst. Soc., 1924-1925, lxxiv. 46-52. 3 pl.

Miller (D.). — Report of 2 cases of Krukenberg tumour of the ovary. Tr. Edimb. Obst. Soc. 1924-1926, xlv, 46-52, 3 pl.

Moench (G. L.). — Thyroid tissue tumors of ovary, with report of apparently toxic case. Surg. Gynec. Obst. t. 49, 150-159.

— Thyroid tissue tumours of the ovary. With report of

an apparently toxic case. Surg. Gynec. a. Obt., 1929, t. 49 pp. 150-159.

— Ueber Struma ovarii. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., LXXVII pp. 301-328.

Monjardino (J). — Teratoma do ovarico. Bol. da Acad. nac. de med. Rio de Jan., 1926, xcviii, 403-406. Id. Folha med., Rio de Janeiro, 1926, vii, 193-196.

Momigliano (E.). — Considerazioni sull'anatomia patologica e sulla clinica dei tumori Krukenberg. Arch. di ostet. e ginec., Napoli, 1925, 2, s., xii, 193-230, 2 pl.

Moure (P.). — Metastase ovarienne d'un cancer de l'estomac. Bull. et mém. Soc. nat. de chir. t. 54, 88-92, février 4, 1928.

Mozumdar (S. Mrs). — Two interresting cases ; enormous ovarian tumour ; enormous enlargement of liver from secondary carcinoma, Indian M. Gaz. t. 62, 522-523, sept. 1927.

Mullan (Mc G.). — Large simple ovarian tumour removed from a girl. Brit. M. J. Lond., 1910, i, 1281.

Muller (M. L.). — Adenosis ovarii Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaec. Haarlem, 1922, xxviii, 250-259. 1 pl.

Muller. — Tumeur solide de l'ovaire complètement détachée et tombée dans le Douglas par torsion probable de son pédicule. Loire méd., Saint-Etienne, 1923, xxxvii, 687-693.

Muller (M.L.). — Malignant hypernephroma of the ovary Nederl. Tijdschr. v. Verlosk, en Gynæc. Haarlem, 1925, xxx, 261-266.

Mullerheim (R.). — Ovarialtumoren bei Greisinnen mit Hypertrophie des Mammae und des Uterus und mit uterinen Blutungen. Zentr. f. Gynäk, 1928, nº 11, pp. 689-693.

Murphy (J. B.).— Sarcoma of ovary; ablation Brit. med. J., 1910, t. I, 915, 922.

Nacke (W.). — Fünf Jahre nach Operation eines enorm grossen Ovarialkarzinoms, völliges Wohlbefunden der

Patientin. Zentralbl. f. Gynäk. Leipzig, 1919, XLIII, 325-327.

Nadal. (P.). — Embryome de l'ovaire, dégénérescence maligne monotissulaire ; épithélioma cylindrique. Bull. de l'Assoc. franç. p. l'étude du cancer. Par., 1913, V, 189-192.

Neu. — Démonstration : Struma ovarii. Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1911, XXXIV, p. 251.

Neumann. — Carcinoma folliculoides s. Folliculoma ovarii. Arch. f. Gynaek. Berl., 1923, CXX, 334-336.

Neumann (H. O.). — Carcinoma mucocellulare ovarii s. Krukenbergtumor. (Ein Beitrag zur Pathologie und Klinik). Arch. f. Gynaek., Berl., 1924, cxxii, 739-765.

Neumann (H.). — Multiple Teratome in einem Ovarium. Zentralbl. f. Gynäk. Leipzig, 1925, xlix, 1549-1560.

Neumann (H. O.). — Granulosazellcarcinome. Ein Beitrag zur Frage der Keimepithelblastome des Ovariums. Virchow's Arch. f. path. Anat., etc. Berl., 1925, cclviii, 284-316.

Neumann (A. G.). — Tumores de Krukenberg. Prensa med. Argentina, Buenos-Aires, 1925-1926, xii, 1067-1069.

Neumann (H. O.). — Die Pathologie und Klinik der benignen Ovarialblastome. I. Ber. ü. d. ges. Gynäkol. u. Geburtsh. Berl., 1926, X, 589, 669, 749.

— Zur Metastasierung primärer Ovarialkarzinome in dem Uterus. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., t. 92, 350-378, 1927.

— Fibroma ovarii adenocysticum. Zentralbl. f. Gynäk., t. 52, 2516-2524, 1928.

Nlezko, Stroganova (Klavidya P.). — Histogenesis of the socalled Krukenberg's tumor of the ovary. J. akush i. jensk. boliez., Saint-Petersb., 1910, XXV, 1516-1522, 1 pl.

Norris (C. C.). — Teratoma strumosum thyreoideale ovarii, report of a case. Ann. J. Obst. 1925, 985-993.

Norris (C. C.) et Vogt (M. E.). — Malignant ovarian neo-

plasms ; with a report of the end results in a series of 56 cases. Am. J. Obst. and Gynec., Saint-Louis, 1925, X, 684-692.

Novak (E.). — Ovarian metastasis with cancer of uterine body ; is transtubal implantation important factor ? Am. J. Obst. and Gynec., t. 14, 470-486, oct. 1927.

Offergeld. — Ovarialcarcinoma bei Carcinom des Uterus. Wurzb. Abh. a. d. Grenzgeb. d. prakt. Med., 1908.

Ohrenstein (J.). — Durch den Mastdarm geborenes Teratom des linken Ovariums. Zentralbl. f. Gynäk. Leipzig, 1922, xlvi, 2055.

Orthmann. — Cysto fibrom ovarii sinistrum. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1915, t. LXXVI, pp. 620-621.

Outerbridge (G. W.). — Krukenberg tumor of ovary. Proc. Path. Soc. Phil., 1912, n. s., XIV (XV), 133.

— Endothelioma of the ovary. *Ibid.*, 165.

Owen (A. W.). — Fibroma of the ovary, with an account of a case. Lancet, Lond., 1923, i, 1211.

Papin (F.). — Cancer des ovaires et pelvi-péritonite. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris, 1926, XV, 437-439.

Paramore (R. H.). — Diffuse fibroma of the ovary which has undergone central degeneration with extravasation of blood. Proc. Roy. Soc. Med. Lond., 1910-1911, iv, Obst. and Gynaec., sect, 248.

Pardi (A.). — Un caso di teratoma strumoso tiroidea dell'ovario. Pathologica, Genova, 1922, xiv, 529, 572, 608, 727.

Paul (Ludwig). — Ueber metastasiche maligne Ovarialtumoren. Munchen, 1913, C. Wolf und Sohn, 56, p. 8.

Pemberton (F. A.). — A large ovarian tumor. Boston M. and S. F., 1917, clxxvi, 354.

Persson (F.). — Struma ovarii. Ugeskr. f. Laeger. Kobenh, 1919, lxxxi, 1123.

Peterson (R.). — Large fibroide tumor of the left ovary with ascites. Physician and Surg., Detroit and Am. Arbor, 1910, xxxii, 204-207.

Petridio (P. A.). — Un cas de cancer primitif de l'ovaire

gauche. Bull. et Mém. Soc. Anat. de Par., 1921, xci, 379.

Patrick (W. G.). — Adeno-carcinoma of the ovary. Vet. Rev. Lond., 1922, ii, 573.

Peyron (A.). — Signification et origine dans les tumeurs de l'ovaire de certaines dispositions rappelant celles de cylindrome. Compte rendu Soc. de Biol. Par., 1922, lxxxvi, 1156-1159.

— Sur les tumeurs des glandes génitales. Bulletin Association française pour l'étude du cancer, 1922.

Pfannenstiel. — Die Erkrankungen der Eierstockes und Nebeneierstocken, Wiesbaden, 1908, Bergmann.

Picard (E.). — Un cas de folliculome typique de l'ovaire. Ann. d'anat. path., t. 5, 647-653, p. 1928.

Picqué (L.) et Macé (O.). — Tumor solide de l'ovaire à pédicule tordu ; symptômes graves ; opération, guérison. Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Par., 1914, n° 8, xl, 1240.

Pijtel (A.) et Gorjajeva (A.). — Zur Frage der Folliculome ovarii. J. sovrem. Chir., 3, 1928, pp. 887-893.

Pizettzi (D.). — I tumori ovarici detti di Krukenberg Tumori. Roma, 1922-1923, ix, 74-104.

Platon (E.). — Struma thyroidea ovarii. Norsk. olag. f. Laegevidensk. Kristiania, 1916, lxxvii, 514-518.

Plehn (Marianne). — Zur Kenntnis der Ovarialtumoren bei Kaltblütern. Ztschr. f. Krebsforsch. Berl., 1923, 1924, XXI, 313-319.

Porter (M. J.). — Sarcoma of the ovary. Tr. West. Surg. Ass., 1913. Minneapolis, 1914, 329-341.

— Sarcoma of the ovary. J. Indiana M. Ass., Fort. Wayne, 1915, viii, 119-123.

Porter. — Malignant disease of the ovaries. Tr. West. Surg. Ass., 1915, Minneap., 1916, 193-212, 1 pl.

Porter (M. F.). — Teratomata ovary. Am. J. Obst. et Gynec. Saint-Louis, 1922, iii, 600-603.

Potter (Olive). — Spheroidal celled carcinoma of ovary in a child of 8. Brit. M. J. Lond., 1925, ii, 383.

Presno y Bastiony (J.A.). — Fibro-sarcome del ovario in una niña de 10 años. Rev. de med. y cirug. de la Habana, 1917, XXII, 209-211.

Pribram (E. E.). — Zur Frage der Operabilität metastatischer Ovarialtumoren und der Ætiologie der sogenannten. Krukenbergschen Tumoren. Arch. f. Gynaek. Berl., 1922, xvi, 343-359.

— Zur Pathologie und Therapie maligner Ovarialtumoren. Ztschr. f. Geburtsch. u. Gynäk., Stuttg., 1924, lxxxviii, 134-151.

Procopio. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'endothélium de l'ovaire. Arch. di Ginec., 1908.

Proescher (F.) and Roddy (J. A.). — Teratoma strumosum thyreoideale ovarii, Am. J. Obst. N.-Y., 1910, lxi, 619-644.

Purslow (C. E.). — Solid tumoren of ovary and broad ligament cyst.Proc.Roy. Soc. Med. London, 1912-1913, vi, Obst. and Gynaec. Sect. 261.

Quin (J. S.). — Case of carcino-sarcome of ovary. Irish J. M. Sc., pp. 579-580, 1929.

Rabinovitcz (M.). — Adenomyoma of the ovary. Am. J. Obst., N.-Y., 1917, lxxvi, 67-74 (Discussion), 142.

— Adenomyoma of the ovary. Mec. Rec., N.-Y., 1917, xcii, 523.

Rainey (W. R.). — Tumor of the ovary with twisted pedicle, occurring in a child two and one half years of age. Ann. Surg. Phila., 1924, lxxix, 879-883.

Rauhenheimer (G.). — Compound ovarian tumor. South African M. Rec., Cape Town, 1912, x, 345.

Rawl (J. E.). — Sarcoma of the ovaries ; report of a case. Virginia M. Semi-Month. Richmond, 1910-1911, XV, 8-11.

Reel (P. J.). — Diffuse fibromata of the ovary. Am. J. Obst. N.-Y., 1917, lxxv, 400-405.

— Krukenberg cancer of the ovary. Interstate. M. J. Saint-Louis, 1917, XXIV, 520-523.

— Krukenberg tumor of the ovary. Ann. Surg. Phila., 1921, lxxiii, 481-486.

Richardson (A.). — Specimen of a fibrom of ovary. Proc. Roy. Soc. Med. Lond., 1919-1920, xiii, Sect. Obst. et Gynaec., 210.

Ridout (C. A. S.). — Primary carcinoma of the ovary at the age of 11. Brit. M. J. London, 1919, ii, 380.

Ries (E.). — Primary syncytioma of the ovary. Am. J. Obst. N.-Y., 1915, lxxii, 46-56.

Riebel (J. A.) und Riebel (J. A.). — Teratoma of ovary containing thyroid tissue, Ohio State M. J., t. 23, 304-305, april 1927.

Robertson (J. A.). — Bilateral fibromatosis of ovaries with ossification of ovarian fibroma. J. Am. M. Ass. Chicago, 1912, lix, 1597.

Robinson (M. R.). — Folliculoid cancer of the ovary. Amer. J. Obst. a Gyn., juin 1923, p. 581.

Rochat (R. L.). — Volumineux carcinome de l'ovaire (seminome) avec grossesse, à terme. Traitement chirurgical suivi de radiothérapie. Guérison et nouvelle grossesse normale. Schweiz med. Wchnschr., Baul, 1925, lv, 787.

Rohdenburg (G. L.). — An analysis of 500 tumors of the ovary. J. Lab. et Clin. M., Saint-Louis, 1926-1927, xii, 211-225.

Rokitansky. — Pathologische Anatomie.

Rosenstein (W.). — Ueber Doppelseitigkeit bei Ovarientumoren, Monatschr. f. Geburtsch u. Gynäk., t. 78, 302-310, mars 1928.

— Fibrosarcoma cylindromatosum ovarii. Zentralbl. f. Gynäk., t. 53, 694-697, mars 1929.

Rozenweig (G. L.). — Metastatie cancer of ovary. J. akush, i jensk. boliez., t. 39, 370-375, 1928.

Rougy (A. F.). — Fibroma of the ovary complicating pregnancy. Am. J. Obst. and Gynec., Saint Louis, 1922, iv, 92.

Ronné. — Fibrome de l'ovaire avec début d'autolyse. Bull.

Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris, 1922, xi, 465-468.

Rouville (de). — Fibrome pur de l'ovaire droit ; extirpation avec conservation d'une partie de l'ovaire restée saine. Bull. Soc. d'Obst. de Paris, 1911, xiv, 253-256.

Rouville (de), Madon et Guibal (A.). — Epithelioma wolffien solide des 2 ovaires et occlusion intestinale subaiguë. Bull. Soc. d. sc. méd. et biol. de Montpellier, 1923-1924, v, 202-207.

Rouville (de) et Coll de Carrera. — Métastase cœcale d'une tumeur mixte des 2 ovaires, avec grossesse, adénopathie cancéreuse wolffienne prévertébrale. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Par., 1924, xiii, 756-758.

Rouville (de), Madon (T.) et Villa (G.). — Tumeur géante de l'ovaire pesant 17 kgr. 200. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Par., 1926, XV, 496-498, id. : Bull. Soc. de sc. méd. et biol. de Montpellier, 1925-1926, vii, 273.

Rouville (de), Villa et autres. — Un cas de fibrome de l'ovaire. Arch. Soc. de Sc. méd. et biol. de Montpellier, t. 9, 373-378, août 1928.

Ruiz (F. R.). — Inclusión tiroidea de un tumor de ovario. Rev. Soc. argent. de Biol., t. 3, 139-147, 1927.

Rychner. — Ursachen der Stieldrehung bei Ovarialtumoren. Schweize med. Wchnschr. Basel, 1921, li, 748.

Sacerdote (G.). — Su un caso de tumore di Krukenberg. Arch. ital. di chir. Bologna, 1925, xiii, 614-628.

Saint (C. F. M.). — Ovarian-fibroid with ascites. Edinb. M. J., 1919, XXII, 385.

Saltykow (S.). — Ueber des reine Cholesteatom des Ovariums. Centralbl. f. allg. Path. Anat. Iéna, 1912, xxiii, 1073.

Sampson (J. A.). — Endometrial carcinoma of the ovary, arising in endometrial tissue of that organ. Arch. Surg. Chicago, 1925, X, 1-72, 3 pl.

Sanchez, Ruperto et Arcas. — Ein Fall von Krukenberg' schen Tumor. Sekundarer Eierstochkrebs. Rev. espag. Obst., 1928, XIII, pp. 152.

Saunai (T.). — Ein Fall von Psammocarcinom des Ovariums. Gann. Jap. J. Cancer Research. Tokyo, 1924, xviii, 45.

Savariaud. — Sarcome de l'ovaire chez une fillette de 3 ans déterminant une puberté prématurée. Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1911, n. s., xxxvii, 639-644.

Searight (M. M.). — Fibroma of the ovary, with report of a case. Memphis Med. J., 1925, ii, 115.

Schaeffer (O.). — Primäres oder metastatisches Ovarialcarcinom ? Mitt. a. d. Grenzgeb. d Med. u. Chir. Iena, 1911-1912, XXIV, 379-382.

Schæfer. — Ueber Dauerheilung bei Ovarialkarzinomen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Stuttg., 1922-1923, lxxxv, 613-624.

Schaeffer. — Traitement et guérison durable des cancers de l'ovaire. Arch. für Gyn., 1922, p. 233.

Schleyer (E.). —Ueber die Resultate der operativen Behandlung der Ovarialcarcinoma. Monat. f. Geb. u. Gyn., juillet 1928, pp. 302.

Schickelé (G.). — Les néoplasmes de l'ovaire de nature épithéliale. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Par., 1922, XI, 328-336.

— Le cancer glandulaire mucipare primitif de l'ovaire. Gynéc. et Obst. Par., 1922, V, 446-457, 1 pl.

Schmelz (N.). — Das primäre Ovarialkarzinom und seine lymphogene metastatische Aussaat in den Uterus. Thèse de Marburg, 1927.

Schmid (H. H.). — Frühzeitige Erkennung und Behandlung der bösartigen Eierstocksgeschwulste. Med. Klin., 1929, t. 1, pp. 782-784.

Schockaert. — Sarcome fusso-cellulaire des 2 ovaires chez une femme accouchée à terme. Gynéc. et Obstét. Par., 1924, IX, 207-209.

Schottlander. — Uterus und Adnexcarcinome in ihren wechselseitigen Beziechungen. Zblt. f. Gyn., 1911, XXXV, p. 1163.

Schumacher. — Ovarialtumoren bei Negerweibern. Arch. f. Schiffs. u. Tropen. Hyg., Leipz., 1912, xvi, 404-406.

Schumann (E. A.). — Bilateral sarcoma of ovary. Surg. Clin. N. Am. Phila., 1924, iv, 187-190.

Schwartz (E.). — Krukenberg tumor. Am. J. Obst. N.-Y., 1913, lxviii, 561.

— Krukenberg tumor. *Ibid.*, 755 ; id. Med. Rec. N.-Y., 1913, lxxxiv, 596.

Schwartz (L. S.). — Primary sarcoma of the ovary. *Ibid.*, 513-515.

Schwarz (O.). — Adenomyoma of the ovary. J. Missouri. M. Ass. Saint-Louis, 1920, xvii, 132.

Schwartz (L. S.). — Torsion of an ovarian carcinomata. Am. Obst. and Gynec. Saint-Louis, 1925, ix, 375-381.

Seeligmann. (L.). — Ueber ein erfolgreiches Heilverfahren bei einem Sarkom (Rezidiv) des Eierstocks, das die Wirbelsäule ergriffen hatte. München. med. Wchnschr., 1913, lx, 637.

Seifried (O.). — Das « Oophoroma folliculare » beim Huhn. Ein Beitrag zur Histiogenese der epithelialen Ovarialtumoren. Zschr. f. Krebsforsch., Berl, 1923, XX, 188-189.

Seitz (A.). — Ueber das primäre Chorioepitheliom des Ovariums, Ztschr. f. Geburtsh, u. Gynäk, Stuttg, 1915, lxxviii, 244, 259.

Shaw (W.). — Krukenberg tumor of the ovary. Proc. Roy. Soc. Med. Lond., 1925-1926, xix, Sect., Obst and Gynaec., 49-58.

Sheffey (L. C.). — Sarcoma of the ovary in children and joung girls. Am. J. Obst. and Gynec., St. Louis, 1925, ix, 490-502 (Discussion) 561.

Shestakova Mariya (A.). — Krukenberg's tumor *Ibid*, 307-311, 1 pl.

Shewman (E. B.). — Sarcoma of the ovary Nat. Eclect. M. Ass. Quart. Cincin, 1920-1921, xii, 471.

Sicard et Laux. — Fibrome de l'ovaire tordu, Bull. Soc. d. sc. med. et biol. de Montpellier, t. 8, 155-157, mars 1927.

Simard (L. C.) et Gagnon (A.). — Metastase par voie sanguine d'un épithéliome de l'ovaire. Union med. du Canada, t. 57 ; 145-148, mars 1928.

Sjövall (E.). — Ueber die Entwicklung der soliden Ovarialteratome in Lichte ihres Baues. Frankfurt. Ztschr. f. Path.

Smith (J. H.) et Motley (J. C.). — Sarcoma of both ovaries in a child of 3 years. Surg., Gynaec., et Obst. Chicago, 1915, xx, 419-424.

Smythe (F. W.). — Fibromata of the ovary with report of 2 cases. J. Tenn. M. Ass., Nashville, 1923-1924, xvi, 184-187.

Soubeyran et Rives. — Le sarcome mélanique primitif de l'ovaire. Arch. gen. de chir., Par. 1911, vii, 1098, 1108.

Southam (A. H.). — Ovarian sarcoma in child associated with sexual precocity, Brit., M. J., t. 1, 661, April 21, 1928.

Spencer (H. R.). — Ruptured unilateral solid cancer of ovary; ovariotomy, no recurrence 6 years later. Proc. Roy. Soc. Med. Lond., 1922, 1923, xvi, Sect. Obst. and. Gyn.

— Two cases of adeno-fibroma of the ovary, Proc. Roy. Soc. Med. Lond., 1925-1926, xix, Sect. Obst. et Gynaec, 105-113.

Spinelli (M.). — Sarcoma ovarico, con metastasi multiple, curato con röntgenterapia meta-chirurgica. Guarigione clinica prolungata, Actinoterapia, Napoli, 1923, iii, 154-160, 1 pl.

Stefanczik (Sz.). — Eine seltene Eierstockgeschwulst. Orv. Hetil 1928, nº 25.

Stein et Benson Bloom. — Report of a case of leiomyoblas

toma and papillary cystoma of the ovary. American J. Obst. 1929- t. 17, p. 820-283.

Stellakatu (A.). — Zur Kenntnis der blastomatösen Teratome des ovariums Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. t. 90, 313-319, 1926.

Sternberg (C.). — Geschwülste des Eierstockes. In Halban et Seitz. Biologie und Pathologie des Weibes, t. V. 1926.

Strong (L. W.). — Krukenberg tumor of the ovary. Am. J. Obst. N.-Y., 1919, lxxix, 291-294.

— Carcinoma of the ovary in a girl of 20. Am. J. Obst. N.-Y., 1919, lxxx, 218.

— Embryonal carcinoma of the ovary. Proc. Path. Soc., 1919, n. s., XIX, 71.

Stübler (E.) et Braudness (T.). — Zur Pathologie und Klinik der Ovarialtumoren. Leipz., 1924, C, Kabizsch., p. 249-360, 4°.

Stürzinger, Ekkehard. — Zur Kasuistik der sarkomatösen Ovarialtumoren. Wurzb., 1913, 7. Standenrans,15 p. 8°.

Talboom (D. H.). — De l'évolution clinique maligne dans le fibrome de l'ovaire. Thèse de Bordeaux, 1920, 67 p

Tapie et Mériel. — Tératome de l'ovaire à cellules géantes. Gynécologie. Paris, 1911, XV, 554-565.

Tate (W.). — Myxofibroma of an ovary removed under spinal anaesthesia. Proc. Roy. Soc. Med. Lond., 1909-1910, iii, Obst. and Gynaec. sect. 73-75.

Taussig (F. J.). — Beginning fibroma of the ovary. Weekly. Bull. Saint-Louis M. Soc., 1910, iv, 74.

Tavernier et Condamin. — Maladie de Krukenberg. Lyon méd., 1927, t. II, pp. 453.

Taylor (H. C.). — Malignant and semimalignant tumors of ovary. Surg. Gynec. Obst., t. 48, 204-230, févr. 1929.

Tédenat. — Cancer métastasique de l'ovaire. Bull. Soc. d'Obst et de Gynéc. de Par., 1924, viii, 46-49.

Tesauro (J.). — Contribution à l'étude des folliculomes de l'ovaire (Diagnostique histologique. Pathologie com-

parée). Bull. de l'Assoc. franç. p. l'étude du cancer, t. 17, 471-497, juillet 1928.

— Sur le développement de tumeurs dans les ovaires soumis à l'action des rayons X, Gynécologie, t. 27, 513-536, sept. 1928.

— Sur la coexistence de tumeurs malignes distinctes dans l'ovaire et l'utérus. Etude critique à propos d'un cas nouveau. Néoplasmes, t. 7, 332-343, 1928.

Theilhaber. — Die Bezichungen der Fortpflanzungsorgange zu den Geschwulsten der weiblichen Geschlechtsorgane. Mon. f. Geb. u. Gyn., 1911, XXXIX, p. 597.

Thelin et Rosselet. — Séminome de l'ovaire. Rev. méd. Suisse romande, mars 1927, p. 294.

Thibaudeau (A. A.). — Some pathological aspects of carcinoma of the ovary. Arch. Clin. Cancer Research., N.-Y., 1926, ii, 47-50.

Thorek (M.). — Case of ovarian fibroid with thrice-twisted pedicle. Illinois M. J., Columbus, 1924, xlvi, 432-437.

Tirelli (S.). — Su di una rara forma di tumore solidi dell' ovaio causa di distocia (Contributo anatomo-patologico e clinico) Policlinico (sez-chir), t. 36, 209-224, avril 1929.

Titus (R. S.). — Fibrome of the ovary weighing 35 pounds. operation, recovery. Boston M. and S. J., 1913, clxix. 381-384.

Ulesko-Stroganoff (K.). — Zur Histogenese der sogenannten Krukenbergshen Eierstocksgeshwülste. Zentralbl. f. Gynäk. Leipz., 1910, XXXIV, 1949-1055.

Vambersky (V. F.). — Case of bilateral metastatic cancer of ovaries from primary cancer of sigmoid flexure. J. Akush. i. Jensk. Boliez, f. 38, 81-92, feb. 1927.

Van Hoosen (Bertha). — Melanosarcoma of ovary. Surg. Gynec. et Obst. Chicago, 1922, XXXV, 240.

Van Tine (J. L.). — Myxo-sarcoma of the ovary. Hahneman. Month. Phila., 1925, lx, 94-98.

Vanverts (J.). — A propos des tumeurs solides de l'ovaire. Echo méd. du Nord. Lille, 1910, XIV, 541, 543.

Vautrin. — Fibromes et tératomes de l'ovaire. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris, 1921, X, 162-166.

Vecchi (G.). — Carcino-sarcoma dell'ovario. Arch. per. le sc. med., t. 48, 135-140, 1926.

Viannay. — Tumeurs malignes des 2 ovaires développés à trois mois d'intervalle. Loire méd. Saint-Etienne 1923, XXXVII, 344, 349.

Vignard. — Tumeur solide de l'ovaire. Gaz. méd. de Nantes, 1912, s. XXX, 249.

Violet. — Tumeurs ovariennes bilatérales avec torsion axiale de l'utérus. Lyon méd., 1926, nº 19, p. 553.

Vogt (E.). — Sekundäre. Melanosarkome des ovariums. Frommels Jahresb., 1912, XXVI, p. 316.

— Beitrage zu dem Melanosarkom des ovariums. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., t. 73, p. 223-237.

Wagner (G. A.). — Seltene Ovarialtumoren. Wien. klin. Woch., 1918, nº 37, *id.* Frommels Jahresb., 1918, XXXII, p. 55.

Weibel (W.). — Gleichzeitiges Ovarial und Darmsarkom. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Stuttg., 1913, lxxiv, 628-635.

Wermuth (A.). — Ueber Ovarialsarkome, ihr Vorkommen und ihre Komplikationen. Ztschr. f. Geburtsh u. Gynäck. Stuttg., 1910, lxvi, 123-129.

— Ueber Ovarialsarkome, ihr Vorkommen und ihre Komplikationen (Berlin). Leipz., 1910, G. Knoth, 28 p. 8º.

Werth (G.). — Beitrag zur Pathologie und Klinik der Struma ovarii, Zentralbl. f. Gynäk., t. 52, 2944-2957, 1928.

White (C. S.). — Ovarian teratoma. Am. J. Obst. N.-Y., 1913, lxviii, 236-243 (Discussion), 354.

Wiener (S.). — A study of the complication of ovarian tumors. Am. J. Obst., N. Y., 1915, lxxii, 209-244.

Wilkinson (H.). — Bilateral ovarian sarcoma in a child five years old with a large retroperitoneal metastasis. J. Kansas M. Soc. Topeka, 1915, XV, 373-375.

Williamson (H.). — A case of solid teratoma of the ovary in which the patient is free from recurrence six years after operation and bore a child three years after the removal of the tumour. J. Obst. and Gynæc. Brit. Emp., Lond., 1912, xxi, 149-154, 1 pl.

Wohlgemuth. — Le sarcome de l'ovaire, sa fréquence, ses complications, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1910, t. 66, p. 123.

Wojtulewiezowna (M.). — Krukenbergtumor. Gyn. polska 7 f. 4/6, 1928.

Wolfe (S. A.). — Two rare ovarian tumors ; adenofibroma and dermoïd cyst associated with multiple ovarian fibromata, Am. J. Obst. and Gynec., t. 13, 16-23, Jan. 1927.

Wolff (A.). — Dass Alveolärsarkom des Ovariums. Arch. of Gynaek., Berl. 1910, xcii, 721-742, 1 pl.

Wolfson (W. L.). — Primary sarcoma of the ovary Long. Island M. J. Brooklyn, 1915, ix, 291-293.

Zacutti (A.). — Adenocarcinoma bilateralle dell'ovario e del collo del utero, in giovane donna di diciasette anni. Riv. d'ostet. e. ginec. prat. t. 10, 635-639, Décembre 1928.

Zampe (G.). — Voluminoso fibrosarcoma dell'ovario. Osservazione anatomo-pathologica e clinica. Policlinico (sez. Chir.) t. 34, 199-204, avril 1927.

Zanardi (F.). — Un caso raro di carcinoma uterino psammomatoso secondario a tumore primitivo dell'ovaia. Minerva Medica, 28 juillet 1929.

Zimmermann and Cochran Jr. G. C. — Benign solid tumor of ovary. S. Clin. North. America, t. 7, 1109-1114, 1927.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 11

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CHAPITRE I. — *Tumeurs conjonctives* 15
Fibromes de l'ovaire 15
Sarcomes 25
Endothéliomes 36
CHAPITRE II. — *Tumeurs épithéliales* 38
Cancer primitif 38
Séminome de l'ovaire 52
Chorio-épithéliome 59
Folliculomes 61
Epithélioma du corps jaune. Cancer Wolffien 65
CHAPITRE III. — *Tumeurs métastatiques de l'ovaire* 68
Tumeurs de Krukenberg 68
Association du cancer de l'ovaire et de l'utérus 77
CHAPITRE IV. — *Tumeurs hétérotopiques* 87
Tératomes solides. Tératoblastomes 87
Goitre ovarien 93
Hypernéphrome 100

DEUXIÈME PARTIE

I. Etude clinique 103
II. Complications 113
III. Diagnostic des tumeurs de l'ovaire 122
IV. Diagnostic des complications 132
V. Diagnostic différentiel 134

VI. Traitement chirurgical..... 142
VII. Radiothérapie..... 152
VIII. Pronostic 157
Mortalité opératoire..... 157
Résultats éloignés..... 160

TROISIÈME PARTIE

Observations inédites..... 163
Conclusions..... 209
Bibliographie..... 211

970. — Imp. de la Libr. N. Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris. — 6-1930